

Sehr geehrte Damen und Herren,

ID: _____

Es ist für uns sehr wichtig, über Ihren Gesundheitszustand informiert zu sein. Natürlich behandeln wir diese Informationen streng vertraulich. Bitte nehmen Sie sich für die folgenden Fragen ein wenig Zeit und kreuzen Sie Zutreffendes an. Vielen Dank!

Ihre persönlichen Daten

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße / Hausnummer: _____

Postleitzahl / Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon Festnetz: _____

Telefon Mobil: _____

E-Mail- Adresse: _____

Wie sind Sie krankenversichert? gesetzlich privat

Beruf (für einige Berufsgruppen gelten besondere Voraussetzungen): _____

Arbeiten Sie regelmäßig am Computer? Ja Nein

Fahren Sie selbst Auto? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Hobbys (z.B. Sportarten mit besonderen körperlichen Voraussetzungen): _____

Was motiviert Sie zu einem Leben ohne Brille und Kontaktlinsen? _____

Verraten Sie uns bitte, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind? _____

Ihre derzeitige Korrektur

Ich trage: Brille und/oder Lesebrille und/oder Kontaktlinsen

Kontaktlinsentyp: _____

Wie lange tragen Sie bereits Kontaktlinsen? _____

Wann haben Sie Ihre Kontaktlinsen zum letzten Mal getragen? am: _____

Korrekturwerte der Brille / Kontaktlinsen: R sph _____ cyl _____ Achse _____ Add _____

L sph _____ cyl _____ Achse _____ Add _____

Datum des Brillen-/ Kontaktlinsenpasses: _____

Haben Sie einen Augenarzt? Name: _____

Wann wurden Ihre Augen zuletzt von einem Arzt untersucht: _____ Jahre / Monate

Ihr Sehvermögen und Ihr Wohlbefinden

Haben Sie aufgrund Ihres Sehvermögens Schwierigkeiten, im Dunkeln Auto zu fahren (mit Brille/Kontaktlinsen)?

Nein, überhaupt keine. Ja, manchmal. Ja, immer.

Haben Sie Schwierigkeiten, Kleingedrucktes zu lesen (mit Brille/Kontaktlinsen)?

Nein, überhaupt keine. Ja, manchmal. Ja, immer.

Haben Sie nachts Schwierigkeiten aufgrund von Lichtreflexen oder Lichtschleiern um Lichtquellen (mit Brille/ Kontaktlinsen)?

Nein, überhaupt keine. Ja, manchmal. Ja, immer.

Bitte schätzen Sie Ihre Blendempfindlichkeit ein. Entscheiden Sie anhand der Bewertungsskala.

„0“ = nicht blendempfindlich und „5“ = stark blendempfindlich: 0 1 2 3 4 5

Empfinden Sie Ihre Augen als trocken?

- Nein, nie.
- Ja, manchmal.
- Ja, immer.

Benutzen Sie Befeuchtungstropfen und wenn ja, wie oft? _____

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen an Ihren Augen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Augeninfektion
<input type="checkbox"/> Grauer Star / Katarakt
<input type="checkbox"/> Grüner Star / Glaukom
<input type="checkbox"/> Doppelbilder
<input type="checkbox"/> Schielen / Schieloperationen / Prismen
<input type="checkbox"/> Keratokonus
<input type="checkbox"/> Gürtelrose / Herpes Zoster
<input type="checkbox"/> Schwachsichtigkeit / Amblyopie (Schlechtes Sehen mit Brille / Kontaktlinsen) | <input type="checkbox"/> Rezidivierende Hornhauterosion
<input type="checkbox"/> Herpes Simplex
<input type="checkbox"/> Regenbogenhautentzündung / Iritis
<input type="checkbox"/> Netzhauterkrankungen
<input type="checkbox"/> Entzündung des Sehnervs / Neuritis
<input type="checkbox"/> Erhöhter Augeninnendruck / Okuläre Hypertension
<input type="checkbox"/> Makuladegeneration |
|--|---|

Sind bei Ihnen weitere Augenerkrankungen oder Verletzungen bekannt oder wurden andere Augenoperationen durchgeführt?

Falls ja, welche: _____

Verwenden Sie Augentropfen? Falls ja, welche: _____

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutzucker / Diabetes
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis / Lupus
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion
<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen
<input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen (HIV, AIDS, Hepatitis)
<input type="checkbox"/> Krebs / Neoplasien
<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Herzprobleme | <input type="checkbox"/> Falls ja, verwenden Sie Insulin?
<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen (Neurodermitis, Akne, Rosacea)
<input type="checkbox"/> Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa)
<input type="checkbox"/> Morbus Basedow
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen
<input type="checkbox"/> Tropenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Klaustrophobie
<input type="checkbox"/> Haben Sie einen Herzschrittmacher? |
|--|--|

Sind Sie wegen psychiatrischer Beschwerden oder Depressionen in Behandlung? Falls ja, bitte benennen: _____

Reagieren Sie allergisch auf Medikamente / Nahrung / Sonstiges? Falls ja, auf welche: _____

Nehmen Sie folgende Medikamente ein?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tamoxifen (Nolvadex®, Istubal® oder Valodex®)
<input type="checkbox"/> Accutane (Isotretinoin, Roaccutan)
<input type="checkbox"/> Sumatriptan (Imigran®) | <input type="checkbox"/> Methotrexat
<input type="checkbox"/> Amiodarone (Cordarex®, Cordarone®)
<input type="checkbox"/> Immunsuppressiva |
|--|--|

Nehmen Sie weitere Medikamente ein? Falls ja, welche?: _____

Haben Sie irgendwelche anderen gesundheitlichen Probleme? Falls ja, welche: _____

Sind Sie schwanger? Ja Nein Stillen Sie zurzeit? Ja Nein

Haben Sie in den letzten drei Monaten entbunden? Ja Nein

Haben Sie sich einer Hormontherapie unterzogen? Ja Nein

Falls Sie Fragen zu diesem Bogen haben, wenden Sie sich bitte an uns. Bitte unterschreiben Sie diesen Gesundheitsfragebogen, um so die Richtigkeit Ihrer Angaben zu bestätigen.

Datum und Unterschrift des Patienten: _____