

Christina Flegl Master of Science in Clinical Optometry (USA)

---

## Fragebogen für Erwachsene

Name: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Empf. von: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen.

	JA	NEIN
Wurden Sie augenärztlich untersucht? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Ihnen in der Familie „Schielende“ oder Augenerkrankungen? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie lichtempfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Augenbrennen oder Augentränen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schulter- bzw. Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen Sie beim Lesen verschwommen oder doppelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schwierigkeiten, Distanzen einzuschätzen, z.B. beim Einparken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme beim Bälle fangen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Den ausgefüllten Fragebogen bitte zum Termin mitbringen!**