

Checkliste für Erwachsene



Name:

Straße:

Ort (PLZ):

Tel.: Geb.-Datum: Beruf:

Email:.....

Um einen möglichst kompletten Eindruck Ihres visuellen Problems zu bekommen, bitte ich Sie, die nachstehende Frageliste so vollständig wie möglich auszufüllen bzw. zu beantworten. Bei eventuellen Unklarheiten stehen wir anschließend selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Jetzige Situation: In welcher Hinsicht macht sich das Sehproblem bei Ihnen bemerkbar?

.....

Haben Sie oder jemand anderes vielleicht schon Folgendes beobachtet?

	ja	nein	manchmal	weiß nicht
Mein Lese-/Schreibabstand ist recht kurz (unter 35 cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Kopf oder das Buch/Blatt halte ich beim Lesen/Schreiben lieber schräg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Lesen benutze ich gern einen Finger/ein Lineal o. ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mir schlecht merken/vorstellen was ich gerade gelesen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen ist für mich anstrengend/ermüdend (nur wenige Seiten lesbar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Texte muss ich mehrfach lesen, um den Inhalt zu verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buchstaben/Wörter verschwimmen öfter oder tanzen vor den Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buchstaben erscheinen zeitweise doppelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schwierigkeiten von Nah auf Fern umzustellen oder umgekehrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Gespräch halte ich den Kopf leicht schief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein seitliches Blickfeld erscheint zeitweise eingeschränkt/enger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie bereits augenärztlich untersucht - ja/nein - von wem?				
Wann? Mit welchem Ergebnis?				
Hat oder hatte jemand in der Familie (evtl. Eltern/Großeltern) irgendwelche Augenprobleme? - ja/nein				
Wer? Welcher Art?				
Sind Sie derzeit in ärztlicher/augenärztlicher Behandlung? - ja/nein				
Bekommen Sie derzeit irgendwelche Medikamente - ja/nein - welche?				
.....				

Allgemeines Befinden:

	ja	nein	manchmal	weiß nicht
Bei Müdigkeit dreht sich ein Auge weg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Auge dreht weg - rechtes/linkes Auge – nach innen/außen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Augen brennen/ jucken bzw. ich reibe oft die Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausdauernde Konzentration fällt mir schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe oft trockene oder gereizte Augen, gerötete Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Augen tränen leicht oder sind wässrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss häufig blinzeln (alle paar Sekunden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um besser zu sehen, kneife ich gern die Augen zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin relativ lichtempfindlich, auch bei normalen Raumlicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei bestimmten Sehaufgaben schließe ich lieber ein Auge zur Erleichterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fahre ungern Karussell/Schiffschaukel, beim Autofahren wird mir leicht übel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe öfter Schmerzen (Druck/Zug) um die Augen /in den Augenhöhlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide oft unter Kopfschmerzen über der Stirn oder im Schläfenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe öfter Migräne-Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Nacken/Schulterbereich ist häufig verspannt und schmerzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auto und Verkehr: fallen ihnen folgende Situationen schwer?

	ja	nein	manchmal	weiß nicht
Habe Schwierigkeiten im Rückspiegel schnell etwas zu erfassen/zu erkennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitfahrer meinen, ich halte die Straßenmitte schlecht ein (bin zu weit rechts/links)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Einparken habe ich Probleme, die Abstände abzuschätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entfernungen einzuschätzen fällt mir allgemein schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überholvorgänge mache ich eher ungern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei beginnender Dämmerung werde ich unsicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fahre nachts allgemein nicht gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachts habe ich Blendungsprobleme (auch ohne Regen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheinwerfer erscheinen mir manchmal doppelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Mitfahrer wird mir leicht übel (Auto/Bus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mich in Straßenkarten zu orientieren, fällt mir schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir allgemein schwer, mich irgendwo zurechtzufinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bremsen oft sehr früh/eher knapp (sagen meine Mitfahrer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Straßenschilder erkenne ich erst relativ spät gegenüber manchen Mitfahrern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Tacho während der Fahrt abzulesen bereitet mir Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie **Rechtshänder/Linkshänder**?

Können Sie allgemein gut einschlafen? **ja/nein**.....

Wachen Sie zwischendurch immer mal auf? **ja/nein**.....

Besonderheiten z. B. chronische Erkrankungen/Erbkrankheiten

.....

Leiden Sie an Epilepsie? **ja/nein**.....

Sonstiges: Folgende Situationen passieren mir öfter:

	ja	nein	manchmal	weiß nicht
Ich verwechsle leicht Rechts und Links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werfe leicht etwas um	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich stolpere gern, ecke oft mal an, bleibe irgendwo hängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schüttele beim Eingießen öfter über oder sogar daneben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich suche häufig etwas, das vor der Nase liegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss Gebrauchsanweisungen mehrmals lesen um sie zu verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lese gern und ausdauernd im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgens nach dem Aufstehen sehe ich zeitweilig verschwommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann früh meine Zeitung schlechter lesen als gegen Mittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Probleme meine Armbanduhr abzulesen, speziell den Kalender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin eher ungeschickt mit Werkzeug (Hammer, Schraubendreher, Bohrer usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Probleme eine Nadel einzufädeln (Nadelöhr treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich laufe unsicher auf unebenem Boden (z. B. Waldboden), meide Abhänge, habe Höhenprobleme, unsicher beim Treppe-/Leitersteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin unsicher beim Bälle fangen/werfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen ermüdet mich, schlafe leicht dabei ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computerarbeit strengt mich an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Bildschirm erscheint zeitweise unscharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Manuskript/die Tastatur verschwimmen öfter mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Blickwechsel vom Manuskript zum Monitor erscheint mir verzögert scharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum:



Vielen Dank!