

## Fragebogen

Name \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Ich habe bereits Kontaktlinsen getestet? 😊 ja      😊 nein

Wenn ja, ich habe vor \_\_\_ Monaten/ \_\_\_ Jahren aufgehört, Kontaktlinsen zu tragen, weil

---

Ich trage bereits seit \_\_\_ Jahr(en) Kontaktlinsen.

Kontaktlinsentyp: 😊 formstabil      😊 weich (konventionell)      😊 weich (Austausch)

Beurteilung der Kontaktlinsen nach Schulnotensystem (von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend)):

	1	2	3	4	5	6
Wie gut ist die Sehqualität mit Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gut ist der Tragekomfort der Kontaktlinsen am Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie komfortabel sind die Kontaktlinsen am Ende des Tages?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie ist das Gefühl nach Abnehmen der Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gut sind die Kontaktlinsen zu handhaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie lange trage ich meine Kontaktlinsen? 😊 bis 12 Std.      😊 12-16 Std.      😊 über 16 Std.

😊 über Nacht bis zu \_\_\_ Tage am Stück

Wie lange davon komfortabel? \_\_\_ Std.

Ich möchte meine Kontaktlinsen mind. \_\_\_ Tage pro Woche und davon mind. \_\_\_ Stunden pro Tag problemlos tragen.

Ich arbeite unter folgenden Bedingungen: 😊 Computerarbeit (\_\_\_ Std. pro Tag)

😊 klimatisierte Räume

😊 staubige Umgebung

Ich übe folgende Freizeitaktivitäten/Sportarten aus: \_\_\_\_\_

Folgende Allergien/(Augen-)Erkrankungen wurden bei mir festgestellt:

---

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente ein:

---