

## Einige Fragen vor Ihrer Sehenswert Komfort-Anpassung

Name \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

### Fragen zum Kontaktlinsentragen

Haben Sie schon einmal Kontaktlinsen getragen?  nein  ja, folgende \_\_\_\_\_

Wie zufrieden waren Sie mit diesen Linsen?  sehr zufrieden  zufrieden  
 unzufrieden, weil \_\_\_\_\_

Sind Ihre Brillenwerten noch aktuell?  Ja  Nein

Was stört Sie an Ihrer Brille am meisten? \_\_\_\_\_

Wie lang ist Ihre tägl. Bildschirmtätigkeit am PC/Laptop/Mobile?  1-2 Std  3-4Std  > 5 Std

Halten Sie sich in trockenen, klimatisierten Räumen auf?  nie  gelegentlich  häufig

Wie oft in der Woche möchten Sie Linsen tragen?  1-2 Tage  3-4Tage  7 Tage

Möchten Sie gerne auf die tägliche Kontaktlinsenpflege verzichten?  ja  nein

Wann werden Sie Ihre Kontaktlinsen voraussichtlich...  
aufsetzen \_\_\_\_\_ Uhr absetzen \_\_\_\_\_ Uhr entspricht einer täglichen Tragezeit von \_\_\_\_\_ Std.

### Fragen zum allgemeinen Zustand

Die folgenden Fragen dienen dazu, mit Ihnen gemeinsam die bestmögliche Kontaktlinse zu wählen. Einige Medikamente wirken sich u.a. auf das Sehvermögen bzw. die Augen aus, ohne dass es Ihnen bewusst ist.

#### Haben bzw. hatten Sie folgende Augenbeschwerden bzw. Auffälligkeiten beim Sehen?

Trockenes Auge	<input type="radio"/>	Lichtempfindlichkeit	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	Probleme beim Lesen	<input type="radio"/>
Rote Augen	<input type="radio"/>	Ermüden beim Lesen	<input type="radio"/>
Ermüden am PC/Mobile	<input type="radio"/>	Umstellungsprobleme beim Sehen von Nah auf Fern	<input type="radio"/>
Sehprobleme bei Dämmerung	<input type="radio"/>	Sonstiges, und zwar: _____	

Leiden Sie an Allergien?  Ja Welche? \_\_\_\_\_  Nein

Sind Sie in ärztlicher Behandlung auf Grund von Diabetes?  Ja  Nein

#### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, die die Sehfähigkeit beeinflussen können?

z. Bsp. Schilddrüsenmedikament/Blutdruckmedikamente/Antihistamine/Aknemedikamente/Antidepressiva

Falls bekannt, bitte angeben: \_\_\_\_\_

#### Haben bzw. hatten Sie oder Ihre Familie eine Art von Augenerkrankungen?

Ja Welche? \_\_\_\_\_  Nein

#### Gibt es Personen in Ihrer Familie, die folgende Erkrankungen haben oder hatten?

Grüner Star (Glaukom)  Grauer Star (Katarakt)  Makuladegeneration  Keratokonus

Bei Fragen oder Terminänderungswünschen wenden Sie sich direkt an uns: **0551-8207788**  
oder schreiben sie uns an [info@sehenswert-goettingen.de](mailto:info@sehenswert-goettingen.de)