

Ocular Surface Disease Index (OSDI) – kurz (nach Pult)

Name: _____

Vorname: _____

Geb.- Datum: _____

Seit wann haben Sie das Gefühl trockener Augen? _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und kreisen die Antwort in dem jeweiligen Kästchen ein, welche am ehesten auf die Frage zutrifft.

	ständig	häufig	manchmal	selten	nie
Traten an einem typischen Tag während des letzten Monats eines der folgenden Symptome auf?					
lichtempfindliche Augen?	4	3	2	1	0
verschwommene Sicht?	4	3	2	1	0
Summe					

Traten an einem typischen Tag des letzten Monats Probleme mit Ihren Augen auf, die Sie bei der Ausführung folgender Aktivitäten eingeschränkt haben?					
beim Fahren während der Nacht?	4	3	2	1	0
beim Arbeiten am Computer; Fernsehen, Lesen?	4	3	2	1	0
Summe					

Haben sich Ihre Augen an einem typischen Tag des letzten Monats in einer der folgenden Situationen unkomfortabel angefühlt?					
bei windigen Bedingungen?	4	3	2	1	0
an Orten oder Gebieten mit geringer Luftfeuchtigkeit?	4	3	2	1	0
Summe					

Bei einer Gesamtsumme größer/gleich 4 liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit ein trockenes Auge vor

