

Fragebogen für Visualtraining (Erwachsene)



Name Vorname geb.
 Adresse
 Tel. privat Tel. tagsüber
 E-Mail
 Beruf/ Tätigkeit

Wann wurde Ihr Sehen zuletzt geprüft? Durch wen?
 Letzter Termin beim Augenarzt Dr. Datum
 Grund Ergebnis

Fragen zur medizinischen Versorgung

- Sind Sie zur Zeit in augenärztlicher Behandlung? O ja O nein
 - Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? O ja O nein
 Haben sich deren Werte in letzter Zeit häufig verändert? O ja O nein
 Für welche Tätigkeiten tragen Sie die Brille bzw. Linsen?

 - Wurden Sie schon an den Augen operiert? O ja O nein
 Rechts oder **Links**? Wann?.....
 Weshalb?
 - Hatten Sie schon eine Verletzung am Auge? O ja O nein
 Wann und wodurch?
 - Wurde Ihnen als Kind ein Auge abgeklebt? O ja O nein
 - Sind systemische Erkrankungen bei Ihnen bekannt? O ja O nein
 (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Durchblutungsstörungen)
 Welche?
 - Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? O ja O nein
 Wofür?/ Welche?

Sind Sie **Rechtshänder/ Linkshänder** ?

Wann oder wobei haben Sie visuelle Schwierigkeiten oder Auffälligkeiten?

.....



Allgemeines Befinden:	ja	manchmal	nein	weiß nicht
Kopfschmerzen /Migräne				
Verspannung/ Schmerzen in Nacken-/Schulterbereich				
Schmerzen um die Augen/ in den Augenhöhlen				
Lichtempfindlichkeit				
Tränende oder leicht wässrige Augen				
trockene oder gereizte, gerötete Augen				
ich muss häufig blinzeln				
ich reibe mir öfter die Augen				
ausdauernde Konzentration fällt mir schwer				
meine Augen schmerzen, brennen, jucken bei längerer Naharbeit				
bei bestimmten Sehaufgaben schließe ich lieber ein Auge				
um besser zu sehen, kneife ich gern die Augen zusammen				
schaue die Augen auch bei Müdigkeit immer geradeaus?				
Einschlafschwierigkeiten / Durchschlafschwierigkeiten				

