

# 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?  ja  nein  
 - Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?  ja  nein  
     Haben sich deren Werte in letzter Zeit häufig verändert?  ja  nein  
     Für welche Tätigkeiten tragen Sie die Brille bzw. Linsen?  
 .....  
 - Wurden Sie schon an den Augen operiert?  ja  nein  
     **Rechts** oder **Links**? Wann?.....  
     Weshalb? .....  
 - Hatten Sie schon eine Verletzung am Auge?  ja  nein  
     Wann und wodurch? .....  
 - Wurde Ihnen als Kind ein Auge abgeklebt?  ja  nein  
 - Sind systemische Erkrankungen bei Ihnen bekannt?  ja  nein  
     (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Durchblutungsstörungen)  
     Welche? .....  
 - Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein  
     Wofür?/ Welche? .....

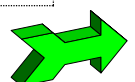
Sind Sie **Rechtshänder/ Linkshänder** ? .....

## 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				



Alltägliche Sehgewohnheiten	ja	manchmal	nein	weiß nicht
ich arbeite häufig in der Nähe				
ich ermüde schnell beim Lesen				
beim Lesen verschwimmen oft die Buchstaben				
beim Wechsel Ferne/Nähe bzw. Nähe/Ferne sehe ich anfangs unscharf				
ich sehe manchmal doppelt				
beim Lesen verliere ich oft die Zeile?				
schwierige Texte lese ich mit den Lippen, laut oder mehrmals				
beim Lesen stört es mich, wenn sich andere unterhalten?				
mein Lese-/ Schreibabstand ist recht kurz (weniger als 30cm)				
den Kopf/ das Buch halte ich beim Lesen/Schreiben lieber schräg?				
ich lese gern mit einen Finger/ einem Lineal				
ich kann mir schlecht merken/vorstellen, was ich gerade gelesen habe				
Lesen ist für mich anstrengend / ermüdend (nur wenige Seiten lesbar)				
Buchstaben/ Wörter verschwimmen öfter oder tanzen vor den Augen				
Buchstaben erscheinen zeitweise doppelt				
im Gespräch halte ich den Kopf leicht schief				
wie viele Stunden sitzen Sie täglich am Computer?				..... Stunden
Computerarbeit strengt mich an				
der Bildschirm erscheint teilweise unscharf				
Blickwechsel zw. Manuskript und Monitor erscheint verzögert scharf				



rechts und links verwechsle ich leicht				
ich werfe leicht etwas um, stolpere, ecke öfter an,				
ich kann mir schlecht etwas merken				
zeitweise verschwommenes Sehen morgens nach dem Aufstehen				
Probleme beim Ablesen von Armbanduhr, Handy...				
Ungeschicklichkeit mit Werkzeugen (Hammer, Schraubendreher, Bohrer...)				
Schwierigkeiten, den Faden in eine Nadel einzufädeln				
unsicheres Laufen auf unebenem Boden ( z. B. Waldboden)				
unsicher beim Treppensteigen, Leitersteigen				
allgemein schlechtes Zeitgefühl				
Ermüdung beim Fernsehen, schlafe leicht dabei ein				



Auto und Verkehr	ja	manchmal	nein	weiß nicht
beim Autofahren/ Busfahren wird mir leicht übel				
beim Einparken stelle ich hinterher oft falsche Abstände fest				
Entfernungen einzuschätzen fällt mir schwer				
ich überhole ungern				
bei Dämmerung werde ich unsicher				
Scheinwerfer blenden mich stark				
es fällt mir schwer, mich irgendwo zurechtzufinden				
die Orientierung in Straßenkarten bereitet mir Probleme				
im Vergleich zu Mitfahrern erkenne ich Straßenschilder relativ spät				
den Tacho während der Fahrt abzulesen bereitet mir Probleme				

Welche Ziele würden Sie mit einem Training gern erreichen?

.....

.....