



FRAGEBOGEN: (Angaben werden vertraulich behandelt!)

Datum:

Aus welchem Grund kommen Sie zu einer Abklärung bzw. zu einem Sehtest?

.....
.....

Welche Erwartungen haben Sie von dem Besuch bei mir?

.....
.....

Vorname: Name: Geburtsdatum:

Straße: PLZ+Ort:

Beruf: Tel. privat: Tel. gesch.:

Email:

Wann wurde Ihr Sehen zuletzt geprüft? Durch wen?

Von wem wurden Sie überwiesen / empfohlen?

Bitte schreiben Sie eine Zahl neben jeden Satz.

0 = KOMMT NICHT VOR / 1 = SELTEN / 2 = GELEGENTLICH / 3 = HÄUFIG / 4 = IMMER

Unschärfes Sehen in der Nähe (=Leseentfernung). Unter Umständen trotz guter Brille.	
Doppeltsehen (Ein einzelner Gegenstand wird zweifach gesehen).	
Kopfschmerzen (Stirn/Schläfe) während oder nach Lesen/Naharbeit/Schularbeit.	
Ineinanderlaufen der Wort(er) oder Buchstaben beim Lesen.	
Beissende, tränende oder schmerzende Augen während oder nach Lesen/Naharbeit/Schularbeit.	
Überlesen oder Auslassen von Zeilen beim Lesen.	
Schwindel oder Übelkeit verursacht durch Tätigkeiten in der Nähe.	
Schlechtes Leseverständnis oder Leseverständnis verringert sich während dem Lesen.	
Schwierigkeiten Aufmerksamkeit während Tätigkeiten in der Nähe aufrecht zu halten.	
Schwierigkeiten Lesen/Naharbeiten/Schularbeiten in angemessener Zeit durchzuführen.	
Zahlenspalten erscheinen versetzt.	
Kurzer Abstand zum Lesetext bzw. kurzer Arbeitsabstand.	
Schlechtere Sicht in der Ferne gegen Ende des Tages.	
Müdigkeit während oder nach Lesen/Naharbeit/Schularbeit.	
Vermeidung von Lesen/Naharbeit/Schularbeit.	
Zuhalten oder Verdecken eines Auges während Tätigkeiten in der Nähe.	

