



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 durchzuföhren.	
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.	

Schlechte Sicht in der Ferne, z.B. am Hellraumprojektor, an der Wandtafel oder beim Auto fahren. (Unter Umständen trotz guter Brille.)	
Schwierigkeiten beim Umgang mit Werkzeugen.	
Übelkeit beim Autofahren (als Beifahrer).	
Schlechte Auge-Hand-Koordination.	
Schwierigkeiten Entfernungen einzuschätzen.	
Auffällig häufiges Blinzeln (alle paar Sekunden) beim Lesen, Schreiben oder anderer Nahtätigkeit.	
Augen schauen bei Müdigkeit nicht mehr geradeaus.	
Ein Auge dreht weg. Wenn ja welches?	
Übermässiges Augenreiben.	
Starke Lichtempfindlichkeit.	
Unsicherheit oder Ängstlichkeit beim Fangen von Bällen.	
Versehentliches Umwerfen von Gegenständen, Anstossen oder Stolpern.	
Ungeschicklichkeit bei Spielen (z.B. Domino, Mikado).	
Schlechte motorische Koordination.	
Schlechte Körperbalance.	
Unsicheres Laufen auf unebenem Boden.	
Unsicherheit beim Auto fahren in der Dunkelheit.	
Nacken- oder Rückenverspannungen im Zusammenhang mit Bildschirmarbeit.	
Trockenheitsgefühl in den Augen.	

Wurde Ihnen schonmal eine so genannte Prismenbrille verschrieben?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie als Kind geschielt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hatten Sie eine Schieloperation?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wurde in Ihrer Kindheit ein Auge abgeklebt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Lagen oder liegen bei Ihnen Augenerkrankungen vor?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Welche:
Sind sie schon mal am Auge operiert worden?	Ja: <input type="radio"/> Nein: <input type="radio"/>
Wenn Sie regelmässig Medikamente einnehmen:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sind Sie gut „eingestellt“	
Sind Sie in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Warum:
Hatten Sie einmal eine Kopfverletzung? (Schädeltrauma, mittlere bis schwerere Gehirnerschütterung)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Bitte messen Sie folgende Distanzen in cm, falls diese für Sie wichtig sind:

Auge - TV: Auge - Buch/Zeitung: Auge - Noten:
Auge - PC-Bildschirm: Auge - Tablet: Auge - Tastatur:
Auge - Vorlagen: Auge - Laptop: Auge - Smartphone:

Datum: Unterschrift: *Vielen Dank!*
Dauer der Erstabklärung 1 1/2 bis 2 1/4 Stunden. Honorar pauschal CHF 360.- inklusive Bericht (falls gewünscht).