

Fragebogen für Erwachsene

Um einen möglichst kompletten Eindruck von Ihrem visuellen Wahrnehmungsproblem zu bekommen, bitten wir Sie, sich etwas Zeit zu nehmen und die folgenden Fragen vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten.

Dieser Fragebogen dient als Grundlage für die "Visuelle Analyse". Diese zeitaufwändigen (etwa 1 bis 2 Stunden) und umfassenden Messungen der "Visuellen Analyse" werden bei uns im Geschäft nach Terminabsprache durchgeführt.

Der Wert dieser Messungen beträgt 199,00 EUR.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Mühe!

Ihre Angaben werden bei uns selbstverständlich vertraulich behandelt.

Hinweis: Mit dem Ausfüllen und Absenden des Fragebogens willigen Sie der Verarbeitung der von Ihnen gemachten Angaben im Rahmen der Datenschutzerklärung zu.

Die verarbeiteten Fragebögen können ausschließlich durch meine Mitarbeiter und mich eingesehen werden und dienen ausschließlich als Grundlage für die angebotene Dienstleistung "Visuelle Analyse".

* **Erforderlich**

1. E-Mail-Adresse *

ANGABEN ZUR PERSON

2. Name *

3. Vorname *

4. Geburtsdatum *

Beispiel: 7. Januar 2019

5. Geschlecht *

Markieren Sie nur ein Oval.

Weiblich

Männlich

6. Straße Hausnummer *

7. PLZ, Ort *

8. Beruf *

9. Telefonnummer (mobil) *

10. Überweisung oder Empfehlung durch:

11. Wurden Sie bereits augenärztlich untersucht? *

Markieren Sie nur ein Oval.

Nein

Ja

Falls Sie augenärztlich untersucht wurden:

12. Von welchem Arzt?

13. Wann war die augenärztliche Untersuchung?

Beispiel: 7. Januar 2019

14. Welches Ergebnis hatte die augenärztliche Untersuchung?

DERZEITIGE SITUATION

15. In welcher Hinsicht macht sich das Sehproblem bei Ihnen bemerkbar?

**HABEN SIE BEI SICH ODER JEMAND ANDERS BEI IHNEN VIELLEICHT SCHON
FOLGENDES BEOBACHTEN KÖNNEN?**

16.

Markieren Sie nur ein Oval pro Zeile.

	Ja	Nein	keine Antwort
Recht kurzer Lese- oder /und Schreibabstand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Buch /Blatt muss dicht an die Augen geführt werden, um den Text gut lesen zu können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schräglegen des Buchs /Blatts oder des Kopfs beim Lesen /Schreiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Hilfsweises) Benutzen eines Lineals, Fingers o.ä. beim Lesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelesenes können Sie sich schlecht vorstellen oder merken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Texte müssen mehrfach gelesen werden, um den Inhalt zu verstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buchstaben /Wörter verschwimmen öfter oder tanzen vor den Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buchstaben erscheinen teilweise doppelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umstellen von Nah auf Fern (oder umgekehrt) fällt schwer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leichtes Schiefhalten des Kopfs bei Gesprächen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zeitlich eingeschränktes /engeres seitliches Blickfeld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ALLGEMEINES BEFINDEN

17. Augen drehen sich bei Müdigkeit weg

Markieren Sie nur ein Oval.

Ja

Nein

Keine Antwort

18. Falls sich ein Auge oder beide Augen bei Müdigkeit wegdrehen: Welches Auge ist betroffen und wohin dreht es sich?

Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

	nach Innen	nach Außen	nach Oben	nach Unten
linkes Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rechtes Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beide Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.

Markieren Sie nur ein Oval pro Zeile.

	Ja	Nein	keine Antwort
Vermehrtes Reiben der Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brennen oder Jucken der Augen beim Nahsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausdauernd Konzentrieren fällt schwer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufig trockene, gereizte oder gerötete Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augen tränen leicht oder sind wässrig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufiges Blinzeln (alle paar Sekunden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augen werden zusammengekniffen, um besser sehen zu können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lichtempfindlichkeit - auch bei normalen Raumlicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei einigen Sehaufgaben wird zur Seherleichterung ein Auge geschlossen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fahre ungern Karussell, Schiffsschaukel, o.ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnelles Auftreten von Übelkeit beim Auto- oder Busfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Öfters Schmerzen (Druck oder Zug) um die Augen oder in den Augenhöhlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Öfters Kopfschmerzen über der Stirn oder im Schläfenbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Öfters Migräneanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufig verspannter /schmerzender Nacken oder Schulterbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



AUTO UND VERKEHR

20.

Markieren Sie nur ein Oval pro Zeile.

	Ja	Nein	Keine Antwort
Schwierigkeiten im Rückspiegel etwas schnell zu erfassen oder zu erkennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laut einiger Mitfahrer Probleme beim Halten der Fahrbahnmitte (oder über Strecken zu weit links oder rechts)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beim Einparken können die Abstände nicht richtig eingeschätzt werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einschätzen von Entfernungen fällt allgemein schwer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vermeiden von Überholvorgängen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufkommende Unsicherheit bei Dämmerungs- oder Nachtfahrten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nachts (auch ohne Regen) sich geblendet fühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doppelt erscheinende Scheinwerfer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufige Übelkeit als Mitfahrer (Bus, Auto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten beim Orientieren in Straßenkarten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten beim Zurechtfinden in der Ferne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laut der Mitfahrer zu frühes oder spätes Bremsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Ggü anderen Mitfahrern) Relativ spätes Erkennen von Straßenschildern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten beim Ablesen des Tachos während der Fahrt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

WEITERE ANGABEN

21.

Markieren Sie nur ein Oval pro Zeile.

	Ja	Nein	Keine Antwort
Sind Sie Linkshänder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rechts und Links werden häufig verwechselt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie ecken öfter mal an (bspw. Möbeleckern), stolpern oder werfen etwas um	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Daneben oder Überschütten beim Eingießen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufig Suchen von Dingen, die "vor der Nase liegen"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlechtes Merkvermögen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mehrmaliges Lesen von Anleitungen ist notwendig, um sie zu verstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesen im Bett ist angenehm und ausdauernd möglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zeitweilig verschwommenes Sehen morgens nach dem Aufstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesen der Zeitung ist mittags einfacher als morgens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten beim Lesen der Armbanduhr (speziell beim Kalender)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eher ungeschickt im Umgang mit Werkzeug	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten beim Treffen des Nadelöhrs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten mit Höhen; Meiden von Abhängen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unsicheres Laufen auf unebenem Boden (Waldboden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlechtes Zeitgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unsicher bei Steigen von Treppen oder Leitern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unsicher beim Fangen oder Werfen von Bällen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fernsehen ermüdet Sie schnell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Computerarbeit strengt an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zeitweise unscharf erscheinender Bildschirm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelegentliches /häufiges Verschwimmen von Manuskripten, Tastatur, o.ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blickwechsel von Manuskript zu Monitor erscheint verzögert scharf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten beim Einschlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Öfter Aufwachen beim Schlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Als Kind liefen Sie, ohne vorher gekrabbelt zu sein?

Markieren Sie nur ein Oval.

- Ja
 Nein
 Keine Antwort

23. In welchem Alter liefen Sie erstmals? (Angabe in Jahren)

24. Leiden Sie an einer Erbkrankheit, unter chronischen Erkrankungen oder/und sonstigen Einschränkungen?

25. Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche?

26. Gibt es visuelle Probleme in der Familie?

Markieren Sie nur ein Oval.

Nein

Ja

27. Falls es visuelle Probleme gibt, beim wem treten diese in welcher Form auf?

28. Haben Sie bereits Therapien bekommen?

Markieren Sie nur ein Oval.

Nein

Ja

29. Falls Sie bereits Therapien bekommen haben, wann wurde welche Therapie angewendet?

Dieser Inhalt wurde nicht von Google erstellt und wird von Google auch nicht unterstützt.

Google Formulare