

# Fragebogen

Datum \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Wer hat Sie uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Wann wurden die Augen zuletzt geprüft? \_\_\_\_\_ Durch wen? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon Augenkrankheiten oder Augenverletzungen Ja  Nein

Gibt es Augenkrankheiten in der Familie? Ja  Nein

Haben Sie jemals geschielt? Ja  Nein

Hat in Ihrer Familie jemand geschielt? . . . . . Ja  Nein

Tragen Sie eine Brille oder Contactlinsen? Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja  Nein

Wurde bei Ihnen eine Legasthenie festgestellt? Ja  Nein

Gab es Lese-Rechtschreib-Probleme in der Familie? Ja  Nein

Haben Sie Kopfschmerzen? Ja  Nein

Wie oft ? \_\_\_\_\_ Wenn ja in welchem Kopfbereich? \_\_\_\_\_

Zu bestimmten Zeiten: oft schon morgens:  während des Tages zunehmend:  nachts:

Sehen Sie bei Ermüdung manchmal doppelt? Ja  Nein

Können Sie sich gut konzentrieren? Ja  Nein

Vergessen Sie schnell, was Sie gerade gelesen haben? Ja  Nein

Sind Sie lichtempfindlich? Ja  Nein

Dauert es sehr lange, wenn Sie von der Ferne zur Nähe sehen? Ja  Nein

Reiben Sie sich beim Lesen die Augen? Ja  Nein

Halten Sie den Kopf beim Lesen oder Schreiben schief? Ja  Nein

Wie groß ist Ihr Abstand vom Buch beim Lesen? Ca. \_\_\_\_\_cm

Ermüden Sie bereits nach kurzer Lesedauer? Ja  Nein

Wird die Schrift bei längerem Schreiben unregelmäßiger? Ja  Nein

Haben Sie Schwierigkeiten beim Ball fangen, Federball u.s.w. Ja  Nein

Das Hauptproblem: \_\_\_\_\_