

Anamnesebogen für die visuelle Analyse für Erwachsene

Um einen möglichst kompletten Eindruck Ihres visuellen Problems zu bekommen, bitten wir Sie, die nachstehende Frageliste so vollständig wie möglich auszufüllen bzw. zu beantworten. Bei eventuellen Unklarheiten stehen wir anschließend selbstverständlich gerne zu Verfügung.

Persönliche Angaben

Name

Geburtsdatum

Straße / Nummer

PLZ / Wohnort

Beruf

Telefon

E-Mail

Von wem wurden Sie überwiesen? / Wer hat uns empfohlen?

überweisender Arzt

Empfehlung von

Jetzige Situation: In welcher Hinsicht macht sich das Sehproblem bemerkbar?

Beschreibung

Haben Sie oder andere Personen folgendes beobachtet?:

Beobachtung	Einschätzung der Beobachtung			
	ja	nein	manchmal	ich weiß nicht
Mein Lese- / Schreibabstand ist recht kurz (unter 35 cm).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ich muss ein Buch / Blatt dicht an die Augen führen, um gut lesen zu können.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Den Kopf oder das Buch/Blatt halte ich beim Lesen / Schreiben lieber schräg.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beim Lesen benutze ich gern einen Finger / ein Lineal o.ä.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lesen ist für mich anstrengend / ermüdend (nur wenige Seiten lesbar).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Texte muss ich mehrfach lesen, um den Inhalt zu verstehen.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Buchstaben / Wörter verschwimmen öfter oder tanzen vor den Augen.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Buchstaben erscheinen zeitweise doppelt.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ich habe Schwierigkeiten von nah auf fern umzustellen (oder umgekehrt).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Im Gespräch halte ich den Kopf leicht schief.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mein seitliches Blickfeld erscheint zeitweise eingeschränkt / enger.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wurden Sie bereits augenärztlich untersucht?

von wem?:

wann? Mit welchem Ergebnis?

Hat oder hatte jemand in der Familie (ev. Eltern / Großeltern) Augenprobleme?

ja

wer?:

nein

Welcher Art sind oder waren die visuellen Probleme?

Sind Sie derzeit in ärztlicher/augenärztlicher Behandlung?

ja

bei wem?:

nein

Bekommen Sie derzeit Medikamente?

ja

welche?:

nein

Allgemeines Empfinden

Empfindung	Einschätzung			
	ja	nein	manchmal	ich weiß nicht
Schauen die Augen auch bei Müdigkeit immer geradeaus?				
Ein Auge dreht weg – rechtes / linkes Auge – nach – innen / außen.				
Ich muss öfter die Augen reiben.				
Meine Augen brennen oder jucken beim Nahsehen.				
Ausdauernde Konzentration fällt mir schwer.				
Ich habe oft trockene, gereizte oder gerötete Augen.				
Meine Augen tränen leicht oder sind wässrig.				
Ich muss häufig blinzeln (alle paar Sekunden).				
Um besser zu sehen, kneife ich gern die Augen zusammen.				
Ich bin relativ lichtempfindlich, auch bei normalem Raumlicht.				
Bei bestimmten Sehaufgaben schließe ich lieber ein Auge zur Erleichterung.				
Ich fahre ungern Karussell/Schiffschaukel o.ä.				
Beim Autofahren/Busfahren wird mir leicht übel.				
Ich habe öfter Schmerzen (Druck/Zug) um die Augen / in den Augenhöhlen.				
Ich leide oft unter Kopfschmerzen über der Stirn oder im Schläfenbereich.				
Ich habe öfter Migräneanfälle.				
Mein Nacken / Schulterbereich ist häufig verspannt und schmerzt.				

Sind Sie Rechtshänder oder Linkshänder?

Linkshänder

Rechtshänder

In welchem Alter sind Sie erstmals gelaufen?

Sind Sie als Baby richtig gekrabbelt ...

ja

nein

... oder haben Sie sich im Vierfüßerstand fortbewegt?

ja

nein

Können Sie allgemein gut einschlafen?

ja

nein

Wachen Sie zwischendurch immer mal auf?

ja

nein

Gibt es irgendwelche Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen oder Erbkrankheiten?:

So dies und das: Folgende Situation passiert mir öfter.

Situation	Einschätzung			
	ja	nein	manchmal	ich weiß nicht
Ich verwechsle leicht rechts und links.				
Ich werfe leicht etwas um.				
Ich stolpere; ecke öfter mal an; bleibe irgendwo hängen.				
Ich schütte beim Eingießen öfter über oder sogar daneben.				
Ich suche häufig etwas, das vor der Nase liegt				
Ich kann mir schlecht etwas merken.				
Ich muss Gebrauchsanweisungen mehrmals lesen um sie zu verstehen.				
Ich lese gern und ausdauernd im Bett.				
Morgens nach dem Aufstehen sehe ich zeitweilig verschwommen.				
Ich kann früh meine Zeitung schlechter lesen als gegen Mittag.				
Ich habe Probleme meine Armbanduhr abzulesen, speziell den Kalender.				
Ich bin eher ungeschickt mit Werkzeug (Hammer, Schraubendreher usw.).				
Ich habe Probleme eine Nadel einzufädeln (Nadelöhr treffen).				
Ich leide an Höhenproblemen, meide Abhänge.				
Ich laufe unsicher auf unebenen Boden (z.B. Waldboden).				
Ich habe allgemein ein schlechtes Zeitgefühl				
Ich bin unsicher beim Treppensteigen / Leitersteigen.				
Ich bin unsicher beim Bälle fangen / werfen.				
Fernsehen ermüdet mich, ich schlafe leicht dabei ein.				
Computerarbeit strengt mich an.				
Der Bildschirm erscheint zeitweise unscharf.				
Das Manuskript / die Tastatur verschwimmen öfter.				
Der Blickwechsel vom Manuskript zum Monitor erscheint mir verzögert scharf.				

Auto und Straßenverkehr – fallen Ihnen folgende Situationen schwer?

Situation	Einschätzung			
	ja	nein	manchmal	ich weiß nicht
Ich habe Schwierigkeiten im Rückspiegel schnell etwas zu erfassen / zu erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitfahrer meinen, ich halte schlecht die Straßenmitte ein (zu weit rechts / links).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Einparken stelle ich hinterher oft falsche Abstände fest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entfernungen einzuschätzen fällt mir allgemein schwer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überholvorgänge mache ich eher ungern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei beginnender Dämmerung werde ich unsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fahre nachts allgemein nicht gerne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachts habe ich Blendungsprobleme (auch ohne Regen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheinwerfer erscheinen mir manchmal doppelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Mitfahrer wird mir leicht übel (Auto / Bus).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mich in Straßenkarten zu orientieren fällt mir schwer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir allgemein schwer, mich irgendwo zurechtzufinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bremsen oft sehr früh / eher knapp (sagen meine Mitfahrer).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Straßenschilder erkenne ich erst relativ spät gegenüber manchen Mitfahrern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Tacho während der Fahrt abzulesen bereitet mir Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank!

Datum

Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz: Die hier erhobenen Daten werden ausschließlich zur vollständigen Anamnese für eine Beratung durch einen Mitarbeiter von Janine Flor Augenoptik erhoben und gespeichert. Die Daten werden grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben. Eine weiterführende Datenschutzerklärung finden Sie im Impressum der Webpräsenz: www.janine-flor.de/impressum.html