

| Sehanalyse | | Falls ja, bitte ankreuzen | | | |
|-------------------|---|----------------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| 1. | Haben Sie in letzter Zeit Auffälligkeiten an den Augen festgestellt? | | | | |
| 2. | Verspüren Sie eine Verschlechterung des Sehens? | | | | |
| 2. | Klagen Sie über Kopfschmerzen? | | | | |
| 3. | Sehen Sie gelegentlich doppelt? | | | | |
| 4. | Werden Sie häufig von Sonnenlicht geblendet? | | | | |
| 5. | Haben Sie eine Nickelallergie? | | | | |
| 6. | Sind Heuschnupfen oder sonstige Allergien vorhanden? | | | | |
| 7. | Wurden bisher bei Ihnen Augenkrankheiten diagnostiziert? | | | | |
| 8. | Sind bisher in Ihrer Familie Augenkrankheiten erkannt/behandelt worden? | | | | |
| 9. | Leiden Sie unter Diabetes oder Schilddrüsenerkrankungen? | | | | |
| 10. | Arbeiten Sie beruflich am Computer? | | | | |
| 11. | Fahren Sie in Ihrer Freizeit Fahrrad? | | | | |
| 12. | Sind Sie Autofahrer? | | | | |
| 13. | Haben Sie Probleme beim Autofahren in der Dunkelheit? | | | | |
| 14. | Schwimmen oder tauchen Sie gerne in Ihrer Freizeit? | | | | |
| 15. | Sind Sie Wintersportler? | | | | |
| 16. | Gehen Sie gelegentlich in die Sauna? | | | | |
| 17. | Liegen Sie gerne beim Fernsehen? | | | | |
| 18. | Würden Sie gerne Kontaktlinsen ausprobieren? | | | | |
| 19. | Sind Sie Motorrad- oder Cabriofahrer? | | | | |
| 20. | Schminken Sie sich ohne Brille? | | | | |
| 21. | Lesen Sie gerne im Bett? | | | | |
| 22. | Haben Sie eine Ersatzbrille mit aktuellen Glasstärken? | | | | |
| | | | | | |
| A. | Wie wichtig ist für Sie gutes Sehen? | sehr wichtig | <input type="checkbox"/> | normal | <input type="checkbox"/> |
| B. | Wie wichtig ist Ihnen der Schutz und die Gesundheit Ihrer Augen? | sehr wichtig | <input type="checkbox"/> | normal | <input type="checkbox"/> |
| C. | Wie wichtig ist Ihnen eine leichte Fassung und ein guter Sitz | sehr wichtig | <input type="checkbox"/> | normal | <input type="checkbox"/> |

