

OPTOMETRISCHE CHECKLISTE

Vielen Dank für Ihr Vertrauen, das Sie unserer optometrischen Dienstleistung schenken. Die Untersuchung Ihrer Augen wird einige Zeit in Anspruch nehmen. Um wertvolle Zeit zu gewinnen, bitten wir Sie im Vorfeld, uns nachfolgende Fragen zu beantworten. Gemeinsam mit den Untersuchungsergebnissen sind Ihre Antworten ein wichtiger Teil der Sehanalyse. Sie werden vertrauensvoll behandelt und ausschliesslich zu Ihrer persönlichen Beratung herangezogen. Sollten Sie im Besitz von Linsen- oder Brillenpässen, Medikamentenlisten oder eines Allergiepasses sein, bitte bringen Sie diese zur Untersuchung mit.

Allg. Information

Anrede	<input type="text"/>	Augenarzt Name*	<input type="text"/>
Titel	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Vorname*	<input type="text"/>	Letzter Besuch	<input type="text"/>
Name*	<input type="text"/>	Hausarzt Name	<input type="text"/>
Geburtsdatum*	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Tätigkeit*	<input type="text"/>	Letzter Besuch	<input type="text"/>

Motiv & Status

Grund Ihres Besuches?*	<input type="text"/>	Betreiben Sie Sport? Welchen?	<input type="text"/>
Tragen Sie eine Brille?	Seit wann? <input type="text"/>	Brille: Wer betreute Sie bisher?	<input type="text"/>
Tragen Sie Kontaktlinsen (KL)?	Seit wann? <input type="text"/>	KL: Wer betreute Sie bisher?	<input type="text"/>

Gesundheit Augen

Litten Sie jemals an einer Augenerkrankung?*	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Wann/Welche?	<input type="text"/>
Wurden Ihre Augen jemals operiert? *	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Wann/Woran?	<input type="text"/>
Haben Sie Sehprobleme? *	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Wann/wie oft?	<input type="text"/>
Nehmen Sie fliegende Mücken (Floaters) wahr?*	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Seit wann?	<input type="text"/>
Nahmen Sie Blitzerscheinungen wahr? *	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Seit wann?	<input type="text"/>
Haben Sie öfters angestrengte, müde Augen?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Wann/wie oft?	<input type="text"/>
Haben Sie öfters Augen- oder Kopfschmerzen?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Wann/wie oft?	<input type="text"/>
Nehmen Sie (manchmal) Doppelbilder wahr?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Oben/seitlich?	<input type="text"/>

OPTOMETRISCHE CHECKLISTE

Ihre generelle Gesundheit

Fühlen Sie sich gesund?*	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Weshalb?	<input type="text"/>
Reagiert Ihr Körper allergisch? *	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Gegen was?	<input type="text"/>
Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?*	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Bei wem?	<input type="text"/>
Nehmen Sie Medikamente ein?*	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Welche?	<input type="text"/>
Leiden Sie unter Diabetes?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Seit wann?	<input type="text"/>
Haben Sie Bluthochdruck?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Seit wann?	<input type="text"/>
Leiden Sie unter einem Glaukom (Grüner Star)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Wie therapiert?	<input type="text"/>
Leiden Sie unter einer Katarakt (Grauer Star)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Seit wann?	<input type="text"/>
Leiden Sie unter einer Infektionskrankheit?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Wie therapiert?	<input type="text"/>
Haben Sie eine Schilddrüsenfehlfunktion?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Wie therapiert?	<input type="text"/>
Leiden Sie unter einer Netzhauterkrankung?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Seit wann?	<input type="text"/>

Gesundheit in Ihrer Familie

Leidet oder litt jemand aus Ihrer Familie an eine der folgend angeführten Krankheiten?

Diabetes?*	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Verwandtschaftsgrad?	<input type="text"/>
Bluthochdruck?*	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Verwandtschaftsgrad?	<input type="text"/>
Glaukom (Grüner Star)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Verwandtschaftsgrad?	<input type="text"/>
Katarakt (Grauer Star)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Verwandtschaftsgrad?	<input type="text"/>
Infektionskrankheit?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Verwandtschaftsgrad?	<input type="text"/>
Schilddrüsenfehlfunktion?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Verwandtschaftsgrad?	<input type="text"/>
Netzhauterkrankung?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Verwandtschaftsgrad?	<input type="text"/>