

Augenprüfung von: _____

Liebe Kundin, lieber Kunde,
Sie haben sich entschieden, die Leistungen von BLOME OPTIK & AKUSTIK für mehr Sehen in Anspruch zu nehmen.

- Augengesundheitsvorsorge** Augeninnendurchmessung
Testen Ihrer Augenfunktionen
- Augenglasbestimmung** Objektive (elektronische) Messung der Sehwerte
Verbesserung der Sehleistung
Optimierung des räumlichen Sehens
Anpassung an verschiedene Sehsituation

Damit wir Ihre Augen optimal untersuchen können, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

1. Wie ist das Sehen mit ihrer aktuellen Brille bzw. Kontaktlinse ...

- ... in der Ferne? sehr gut gut mäßig schlecht
... in der Nähe? sehr gut gut mäßig schlecht

2. Wie sind Ihre Sehgewohnheiten? (Angabe in Stunden täglich)

- PC Arbeit _____ Std. KFZ-Fahre _____ Std.
 Lesen _____ Std. Sport _____ Std.

3. Treten oder traten bei Ihnen folgende Augenbeschwerden auf?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tränende Augen | <input type="checkbox"/> Ermüden beim Lesen |
| <input type="checkbox"/> Trockene Augen | <input type="checkbox"/> Kopfwahl bei Nah- und Computerarbeit |
| <input type="checkbox"/> Blitze zucken durchs Bild | <input type="checkbox"/> Probleme beim Lesen |
| <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Jucken der Augen |
| <input type="checkbox"/> Sehprobleme bei Dämmerung | <input type="checkbox"/> Rote Augen |
| <input type="checkbox"/> Doppelbilder | <input type="checkbox"/> Umstellungsprobleme beim Sehen
Nah und Fern |
| <input type="checkbox"/> Schwarze Punkte/Mücken fliegen
durchs Bild | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

4. Viele Krankheiten haben Einfluss auf die Augen, deshalb einige Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand:

- Haben oder hatten Sie? Zuckerkrankheit (Diabetes) Schlaganfall
 hohen Blutdruck (Hypertonie) Herzerkrankungen
 Schilddrüsen-Erkrankungen Kopfschmerzen
 Nacken- / Schulterschmerzen
 sonstige Allgemeinerkrankungen, und zwar: _____

5. Gesundheitszustand Ihrer Augen:

- Haben oder hatten Sie? Augenverletzungen, -krankheiten oder -operationen, und zwar: _____
 Netzhauterkrankungen grünen Star (Glaukom)
 Makuladegeneration grauen Star (Katarakt)
 Schielen plötzliche Sehverschlechterung

6. Gesundheitsbezogene Familiengeschichte:

- Gibt es Personen in Ihrer Familie, die folgende Erkrankungen haben oder hatten?
 grüner Star (Glaukom) grauer Start (Katarakt)
 Bluthochdruck Makuladegeneration
 Diabetes Schielen