



Checkliste für Erwachsene



Name:
Straße:
Ort (PLZ):
Tel: Geb.Datum: Beruf:

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 zur Verfügung.

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

Haben Sie oder jemand anderes vielleicht schon folgendes beobachtet?:

(bitte ankreuzen bzw. nicht zutreffendes streichen)

	ja ↓	nein ↓	manchmal ↓	weiß nicht ↓
Mein Lese / Schreibabstand ist recht kurz (unter 35 cm)	☐	☐	☐	☐
Ich muß ein Buch / Blatt dicht an die Augen führen, um gut lesen zu können	☐	☐	☐	☐
Den Kopf oder das Buch / Blatt halte ich beim Lesen / Schreiben lieber schräg	☐	☐	☐	☐
Beim Lesen benutze ich gern einen Finger / ein Lineal o.ä.	☐	☐	☐	☐
Ich kann mir schlecht merken / vorstellen was ich gerade gelesen habe	☐	☐	☐	☐
Lesen ist für mich anstrengend / ermüdend (nur wenige Seiten lesbar)	☐	☐	☐	☐
Texte muß ich mehrfach lesen, um den Inhalt zu verstehen	☐	☐	☐	☐
Buchstaben / Wörter verschwimmen öfter oder tanzen vor den Augen	☐	☐	☐	☐
Buchstaben erscheinen zeitweise doppelt	☐	☐	☐	☐
Ich habe Schwierigkeiten von Nah auf Fern umzustellen (oder umgekehrt)	☐	☐	☐	☐
Im Gespräch halte ich den Kopf leicht schief	☐	☐	☐	☐
Mein seitliches Blickfeld erscheint zeitweise eingeschränkt / enger	☐	☐	☐	☐



wurden Sie bereits **augenärztlich** untersucht - **ja / nein** - von wem?:
wann?: mit welchem Ergebnis?:
hat oder hatte jemand in der Familie (ev. Eltern / Großeltern) irgendwelche Augenprobleme ? - **ja / nein**
wer ? : welcher Art?:
sind Sie derzeit in ärztlicher / augenärztlicher Behandlung ? - **ja / nein** -
bekommen Sie derzeit irgendwelche Medikamente - **ja / nein** - welche?:

Allgemeines Befinden :

	ja ↓	nein ↓	manchmal ↓	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 oder gereizte Augen, 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 normalen 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	☐	☐	☐	☐



Auto und Verkehr: Fallen Ihnen folgende Situationen schwer?

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



Sind Sie **Rechtshänder** / **Linkshänder** ?

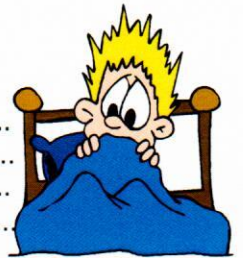
sind Sie als Baby richtig gekrabbelt (sog. Vierfüßlerstand) - **ja** / **nein** / **weiß nicht** -

wann erstmals gelaufen (Alter) ? :.....

können Sie allgemein gut einschlafen - **ja** / **nein** - ?.....

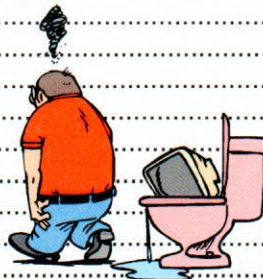
wachen Sie zwischendurch immer mal auf - **ja** / **nein** - ?.....

Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen / Erbkrankheiten ? :.....



So dies und das: Folgende Situationen passieren mir öfter:

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



Datum :

Vielen Dank !