

IHRE KONTAKTDATEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Mobiltelefon

E-Mail

Um einen umfassenden Eindruck Ihres visuellen Wahrnehmungsvermögen zu erhalten, bitte ich Sie, den Fragebogen sorgfältig und möglichst vollständig zu beantworten. Bei Fragen stehe ich Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

AKTUELLE SITUATION

In welcher Hinsicht macht Ihnen das Sehen Probleme (z.B. beim Lesen, Arbeiten, Autofahren, Tennisspielen usw.)?

Haben Sie vor dem Unfall eine Brille, oder Kontaktlinsen getragen? Ja , Nein , wenn „Ja“:

Seit wann (erste Brille)?

Von wem verordnet?

Hatten Sie bereits vor dem Unfall Probleme mit den Augen? Ja , Nein , wenn „Ja“: Welche?

Wann war der Unfall?

Welche Behandlungen wurden bisher ausgeführt?

Bei wem sind Sie in ärztlicher Behandlung?

Wurden Sie augenärztlich untersucht? Ja , Nein , wenn „Ja“: Wann?

Von wem?

Mit welchem Ergebnis?

Wurde bei Ihnen ein Hörtest durchgeführt? Ja , Nein , wenn „Ja“: Wann?

Von wem?

Mit welchem Ergebnis?

AKTUELLES BEFINDEN

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Ja , Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

Welche weshalb?

Haben Sie Probleme beim Ausweichen gegenüber anderen Personen? Ja , Nein

haben Sie das Gefühl doppelt zu Sehen? Ja , Nein , wenn „Ja“:

Wann?

Wo fällt Ihnen dies auf?

Wie sind die Doppelbilder zu bemerken? konstant , zeitweise , belastungsabhängig

Sind die Doppelbilder? gleich geblieben , weniger geworden , mehr geworden

Sind die Doppelbilder in einer Richtung größer als in einer anderen? Ja , Nein , wenn „Ja“:

In welche Richtung?

Wurden Therapien wegen Bewegungs-, Seh-, oder Sprechstörungen durchgeführt? Ja , Nein , wenn „Ja“:

Wann?

Welche?

Von wem verordnet/durchgeführt?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ort, Datum

Unterschrift