

# Fragebogen für Erwachsene

Name: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz/Mobil): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Lieber Kunde,**  
**um einen möglichst kompletten Eindruck Ihres visuellen Problems zu bekommen, bitte ich Sie, die folgende Fragen so vollständig wie möglich auszufüllen bzw. zu beantworten:**  
*(alle Angaben werden natürlich vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben!)*

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_

aktuell ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

empfohlen/überwiesen durch: \_\_\_\_\_

Welche Hinweise gibt es bei Ihnen, die auf ein visuelles Wahrnehmungs-Problem schließen lassen?

\_\_\_\_\_

Welchen Anlass gibt es für eine genauere Überprüfung?

\_\_\_\_\_

## Allgemeines...

gab es eine normale Geburt .....	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> weiß nicht
sind Sie als Kind richtig gekrabbelt (Vierfüßlerstand)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> weiß nicht
waren Sie als Kind sehr lebhaft .....	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> weiß nicht
gab es Entwicklungsschwierigkeiten .....	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> welche

in welchem Alter sind Sie das erste Mal gelaufen?

sind Sie .....  Rechtshänder  Linkshänder

können Sie allgemein gut einschlafen? .....  ja  nein  manchmal

wachen Sie zwischendurch immer mal wieder auf?  ja  nein  manchmal

was machen Sie in Ihrer Freizeit am liebsten?

\_\_\_\_\_

und was eher ungern?

\_\_\_\_\_

welche Allgemeinerkrankungen/chronische Erkrankungen sind bekannt?

\_\_\_\_\_

sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?

\_\_\_\_\_

welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_

welche Medikamente nehmen Sie gelegentlich ein?

\_\_\_\_\_

bekommen Sie derzeit irgendwelche Therapien? .....  ja  nein

falls ja, welche?

\_\_\_\_\_

wurden Sie bereits augenärztlich untersucht? .....  ja  nein wann

mit welchem Ergebnis von wem

ein Auge dreht weg .....  ja  nein falls ja, wann?

falls ja, welches Auge .....  rechts  links Richtung

haben Sie im Alltag Sehprobleme .....  ja  nein

Wenn ja, wie äußern sich diese

**Haben Sie oder andere vielleicht folgendes beobachtet?** ja nein manchmal weiß nicht

- einen kurzen Lese-/Schreibabstand (unter 35 cm).....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- den Kopf oder das Buch/Blatt halte ich beim Lesen/Schreiben schräg .....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- beim Lesen benutze ich gern ein Lineal/Finger o.ä. ....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- lesen ist für mich anstrengend/ermüdend (nur wenige Seiten lesbar) .....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- Gebrauchsanweisungen muss ich mehrfach lesen, um den Inhalt zu verstehen .....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- Buchstaben/Wörter verschwimmen öfter oder tanzen vor den Augen .....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- Buchstaben/Zahlen erscheinen zeitweise doppelt .....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- ich verziehe das Gesicht beim Lesen/Vorlesen (grimassiere) .....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- ich bewege beim lautlos Lesen die Lippen.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- ich benutze beim Zählen unbewusst meine Finger.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- morgens nach dem Aufstehen sehe ich zeitweilig verschwommen.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- ich kann in der früh meine Zeitung schlechter lesen als gegen Mittag.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- meine Handschrift ist für andere nur schwer zu lesen.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- unregelmäßiges Schriftbild (schlechter bei längerem Schreiben) .....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- ich schreibe nicht gerade (schräg nach oben oder unten).....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- im Gespräch halte ich den Kopf schief.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- mein seitliches Blickfeld erscheint zeitweise eingeschränkt/enger.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- zeitweise sehe ich mit einem Auge verschwommen.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- ich verwechsle leicht rechts und links.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- ich kann mir schlecht etwas merken; muss mir alles aufschreiben.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- ich werfe leicht etwas um .....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- ich stolpere gern, ecke öfter mal an, bleibe irgendwo hängen.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- ich schüttele beim Eingießen öfter über oder sogar daneben.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- nach längerer Naharbeit sehe ich anfangs in der Ferne verschwommen.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- Computerarbeit strengt mich an.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- der Bildschirm erscheint zeitweise unscharf.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- das Manuskript/die Tastatur verschwimmen öfter mal.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- Blickwechsel vom Manuskript zum Monitor erscheint mir verzögert scharf.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht

**Rückblick auf Kindheit/Schulzeit...** ja nein manchmal weiß nicht

- mit Ausmalen/Bastelarbeiten usw. konnte ich mich stundenlang beschäftigen .....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- als Kind las ich ein Buch nach dem anderen .....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- meine Heftführung/Blattaufteilung war chaotisch.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- trotz Lernen konnte ich bei Prüfungen die Fragen nicht vollständig beantworten.....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- meine mündlichen Leistungen waren stets besser als die schriftlichen .....  ja  nein  manchmal  weiß nicht
- meine beruflichen Ziele erreichte ich über Umwege/zweiten Bildungsweg .....  ja  nein  manchmal  weiß nicht

**Sport, Freizeit, Auto und Verkehr...**

	ja	nein	manchmal	weiß nicht
ich bin unsicher beim Bälle fangen/werfen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich spiele ungern Ballsport, Fußball, Handball, Federball usw. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich laufe auf unebenem Boden unsicher (z.B. Sand oder Waldboden mit Wurzeln) ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich vermeide Seilbahnen, Hängebrücken o.ä. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich habe Höhenprobleme/meide Abhänge.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich habe eine schlechtes Zeitgefühl .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich bin öfter mal abwesend: "Tagträumer" .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich verbringe auch privat gene Zeit an Tablet, Handy, PC etc. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich lese in meiner Freizeit gerne und ausdauernd .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fernsehen ermüdet mich, ich schlafe leicht dabei ein .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich bin eher ungeschickt mit Werkzeug (Hammer,Schraubendreher,Bohrer...) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich habe Probleme eine Nadel einzufädeln (Nadelöhr treffen) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich suche häufig etwas, das vor meiner Nase liegt .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich habe Schwierigkeiten im Rückspiegel schnell etwas zu erfassen/zu erkennen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mitfahrer meinen, ich halte schlecht die Straßenmitte ein (bin zu weit rechts/links) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich bremsen oft sehr früh/eher knapp (sagen meine Mitfahrer) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beim Einparken stelle ich oft hinterher falsche Abstände fest .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entfernungen kann ich allgemein schlecht einschätzen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überholvorgänge mache ich eher ungern .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nachts habe ich Blendungsprobleme (auch ohne Regen) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bei beginnender Dämmerung werde ich unsicher .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich fahre nachts allgemein nicht gerne.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scheinwerfer erscheinen mir manchmal doppelt .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
als Mitfahrer wird mir leicht übel (Auto/Bus).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mich in Straßenkarten zu orientieren, fällt mir schwer .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
es fällt mir allgemein schwer, mich in fremder Umgebung zurechtzufinden .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bei Karussell/Schiffschaukel/Achterbahn wird mir schlecht .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**allgemeines Befinden/so dies und das...**

	ja	nein	manchmal	weiß nicht
meine Augen werden leicht müde, vor allem beim Lesen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich reibe mir öfter die Augen - Augen jucken oder brennen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich habe trockene oder gerötete Augen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich habe leicht tränende oder wässrige Augen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich habe die Angewohnheit, die Augen zu rollen/zu verdrehen (oft nur kurz) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich kneife die Augen zusammen um besser sehen zu können .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich bin lichtempfindlich, auch bei normalem Raumlicht .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich muss häufig blinzeln (alle paar Sekunden) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich schließe ein Augen oder verdecke es (Haare, Hand, Kappe etc.) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ausdauernde Konzentration fällt mir schwer .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich habe öfter Schmerzen (Druck/Zug) um die Augen/in den Augenhöhlen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich leide oft unter Kopfschmerzen über der Stirn oder im Schläfenbereich .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ich habe öfter Migräneanfälle .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mein Nacken/Schulterbereich ist häufig verspannt und schmerzt .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!!!**