

Fragebogen zu Sehvorlieben

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen wird Ihre körpereigene Linse gegen eine Kunstlinse ausgetauscht. Die Wahl der für Sie geeigneten Intraokularlinse ist eine wichtige Entscheidung, die Sie vor der Operation gemeinsam mit Ihrem Operateur treffen. Mithilfe dieses Fragebogens können wir im Vorfeld einer Staroperation die bestmögliche Behandlung entsprechend Ihrer visuellen Bedürfnisse festlegen. Bitte füllen Sie ihn daher sorgfältig aus und bringen Sie ihn zum nächsten Untersuchungstermin mit.

Name: _____

Alter: _____

Geschlecht: W M

1. Liegen Augenerkrankungen bzw. Fehlsichtigkeiten bei Ihnen vor?

- nein
 Ja, welche

2. Welchen Beruf üben Sie aus?

3. Welche Hobbys oder Sportarten üben Sie regelmäßig aus?

4. Fahren Sie regelmäßig Auto?

	Häufig	gelegentlich	selten
Bei Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden ↵

5. Welche Sehzone ist Ihnen am wichtigsten? Wählen Sie bitte nur eine aus

Zone 1

Zone 2

Zone 3

Zone 1	Zone 2	Zone 3
Lesen, Handarbeiten, Schminken, Kreuzwörterrätsel lösen	Computerarbeit/E- Mail, Puzzeln, Kochen, Etiketten lesen Bsp. Im Supermarkt	Fernsehen, Auto fahren, Rad fahren, ins Kino gehen, Golfen

6. Wie wichtig ist es Ihnen, bei Ihren täglichen Arbeiten keine Brille tragen zu müssen?

- Sehr wichtig
- mäßig wichtig
- nicht wichtig

7. Markieren Sie auf der folgenden Skala mit einem „X“, wie Sie Ihre Persönlichkeit am ehesten beschreiben würden:

Lässig _____ Perfektionist

Unterschrift des Patienten