

Willkommen!

Personalien

Herr Frau

Name: Vorname:
Strasse: PLZ/Ort:
Geb. Datum: Tel P:
Mobil: Tel G:
E-Mail: Newsletter per E-Mail: Ja Nein
Sport/Hobby: Beruf:

Überweisung/Empfehlung durch:

Grund für Ihren Termin im sehzentrum rapperswil:

Momentan in Behandlung:

Augenarzt Kinderarzt Osteopathie Homöopathie Andere

Ich bin:

Brillenträger/in Kontaktlinsenträger/in

Letzter Besuch beim Augenarzt / Optometristen:

Einverständniserklärung zu unseren allgemeinen Bedingungen*:

Ja Nein Datum: Unterschrift:

* Allgemeine Bedingungen:

- Termine müssen mindestens 24h vor der Konsultation abgesagt werden.
Bei kurzfristigen Absagen oder nicht Erscheinen wird Ihnen die reservierte Zeit in Rechnung gestellt.
- Eine Kostenübernahme der Krankenkasse muss bei Bedarf selbständig abgeklärt werden.
- Erlaubnis zum Austausch relevanter Daten mit Ihrem Arzt / Therapeuten
- Es findet ein Datenaustausch zwecks Dokumentation und Weiterbildung innerhalb unserer Standorte statt.

Checkliste für Erwachsene

Um einen möglichst kompletten Eindruck Ihres visuellen Zustandes 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.

Vorname Name:

Datum:

In welcher Hinsicht haben Sie Auffälligkeiten am Auge oder beim Sehen?

Haben Sie oder jemand anders vielleicht schon folgendes beobachtet?

<i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>	Nein	Ja	Manchmal	Weiss nicht
Dinge in der Ferne erscheinen unscharf/ verschwommen (Kino/ Anzeigetafel etc.)				
Bei beginnender Dämmerung werde ich unsicher				
Ich bin blendempfindlich/ lichtempfindlich				
Entfernungen einzuschätzen fällt mir schwer				
Texte in der Nähe (Buch/ Smartphone) sind unscharf/ verschwommen				
Lesen ist für mich anstrengend/ ermüdend (nur wenige Seiten lesbar)				
Ich habe Schwierigkeiten von Nah auf Fern umzustellen (oder umgekehrt)				
Computer-/ Bildschirmarbeit strengt mich an				
Buchstaben/ Gegenstände erscheinen zeitweise doppelt				
Ich habe oft trockene/ gerötete/ tränende/ gereizte/ juckende Augen				
Ich habe Blitze im Auge/ schwimmende Pünktchen wahrgenommen				
Ich habe öfter Schmerzen (Druck/ Zug) um die Augen/ in den Augenhöhlen				
Ich leide oft unter Kopfschmerzen/ Migräne				
Ich leide unter Schwindelsymptomen				
Mein Nacken/ Rückenbereich/ Kiefer ist häufig verspannt und schmerzt				
Hatten Sie jemals eine Verletzung/ Entzündung/ Operation am Auge?				

Welche?

Hatten Sie jemals ein Schleudertrauma/ Unfall/ Kieferbeschwerden/ Operation?				
Wurde bei Ihnen eine Schielstellung festgestellt?				
Sind Augenkrankheiten in der Familie bekannt?				
Leiden Sie unter Allergien?				
Ist Ihre derzeitige Gesundheit gut?				
Nehmen Sie derzeit irgendwelche Medikamente?				

Vielen Dank!

Senden