

# Willkommen!

## Personalien

Herr      Frau

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Geb. Datum:

Tel P:

E-Mail:

Mobil:

Sport/Hobby:

Berufsgattung:

Überweisung/Empfehlung durch:

Grund für Ihren Termin im sehzentrum zürich:

---

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.
- Ich bin damit einverstanden, dass das sehzentrum zürich meine Untersuchungsergebnisse bei Bedarf an den behandelnden Arzt oder Therapeuten zum Zweck der Vervollständigung meines Patientendossiers bekanntgibt.
- Ich nehme die Datenschutzerklärung auf <https://www.sehzentrum-zuerich.ch/datenschutz.html> an.

# Eintrittsfragebogen für Kinder und Jugendliche

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte

Um einen möglichst kompletten Eindruck der visuellen Situation Ihres Kindes zu bekommen, bitten wir Sie, folgenden Fragenkatalog möglichst vollständig auszufüllen. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne.

Name des Kindes:

Geboren am:

Datum:

	Nein	Ja		
Wurden die Augen Ihres Kindes schon einmal untersucht?			Von wem?	
Wurde schon einmal eine Brille verordnet?			Wenn ja, wann die erste?	
Bekommt/bekam Ihr Kind Therapien?			Wenn ja, welche?	
Wurde/wird die Zahnstellung Ihres Kindes korrigiert?				
Hat Ihr Kind Allergien?			Wenn ja, welche?	
Bekommt/bekam Ihr Kind Medikamente (inkl. Ritalin etc)?			Wenn ja, welche?	

## Wurde bei Ihrem Kind schon folgendes beobachtet?

	Nein	Ja	Manchmal	Weiss nicht
Kurzer Lese-/Schreibabstand				
Benutzt beim Lesen gerne den Finger				
Lässt beim Lesen Buchstaben aus und lässt Endungen weg				
Verwechselt Buchstaben wie d+b, p+q etc.				
Verliert beim Lesen leicht die Zeile				
Liest nicht gerne freiwillig, am ehesten noch Comics				
Sieht an der Tafel schlecht/ verschwommen				
Schrift verschwimmt, ist unruhig, Buchstaben tanzen				
Schreibt über oder unterhalb der Linie, schreibt nicht gerade				
Unsicher, ängstlich beim Bälle fangen, zu spät/zu früh				
Die Augen werden schnell müde, vor allem beim Lesen				
Reibt sich öfters die Augen, hat gerötete Augen				
Rollt oder verdreht die Augen				
Ist relativ lichtempfindlich, auch bei normalem Raumlicht				
Schmerzen (Druck/ Zug) in den Augenhöhlen/ um die Augen				
Kopfschmerzen/ Migräne				
Ein Auge dreht weg				
Rechts				
Links				
Eckt öfter an oder stolpert gern, wirft leicht etwas um				
Schwierigkeiten, einzuschlafen				

Vielen Dank!

Senden