Befragungsbogen - Refraktive Chirurgie

Eine gründliche und exakte Voruntersuchung bildet die Basis für eine erfolgreiche Operation. Für ein dauerhaft gutes Seherlebnis ist jedoch auch Ihre aktive Mitwirkung entscheidend. Je besser wir Ihre Sehgewohnheiten und individuellen Wünsche kennen, desto gezielter können wir Sie beraten.

Name, Vorname: _____ **Alter:** _____

Waren/Sind Sie in einem der folgenden Berufe tätig?

◯ Feuerwehrmann/-frau ◯ Polizist/in ◯ Pilot/in
◯ Güter-/Personenverkehrsfahrer/in ◯ Zollbeamter/Zollbeamtin

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus bzw. streben Sie für die Zukunft an?

_____

Welche Freizeitaktivitäten und Interessen verfolgen Sie?

_____

Fahren Sie Auto? ◯ Ja ◯ Nein
Wenn ja, auch in der Dämmerung/Dunkelheit? ◯ Ja ◯ Nein

Erleben Sie nachts eine verstärkte Blendempfindlichkeit? ◯ Ja ◯ Nein

Arbeiten Sie täglich mehr als 3 Stunden am Computer? ◯ Ja ◯ Nein

Zu welchem Zeitpunkt wurde die erste Brille verordnet und in Gebrauch genommen?

_____

Hatten Sie in der Vergangenheit Doppelbilder, haben Sie geschielt, oder wurde ein Ausgleich mit Prismen, oder einer Prismen Folie vorgenommen?
◯ Ja ◯ Nein

Sind Sie Kontaktlinsenträger/in? ◯ Ja ◯ Nein

Was für Kontaktlinsen tragen Sie? _____

Haben Sie Beschwerden beim Tragen Ihrer Kontaktlinsen? ◯ Ja ◯ Nein
Wenn ja, welche? _____

Bitte setzen Sie weiche Kontaktlinsen mindestens eine Woche, harte Kontaktlinsen zwei Wochen und Ortho-K-Linsen (Nachtlinsen) drei Monate vor Ihrem Beratungstermin bzw. der Voruntersuchung ab.

Datum/Unterschrift Patient: _____