

Befragungsbogen Sehansprüche

Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Operation ist eine sorgfältige und präzise Voruntersuchung. Für den langfristigen Seh-Erfolg ist aber auch Ihre Mitarbeit erforderlich. Je mehr wir über Ihre persönlichen Sehgewohnheiten und Wünsche erfahren, desto individueller können wir Sie beraten.

Name, Vorname

Alter

Welchen Beruf üben Sie aus/haben Sie früher ausgeübt?

- Lesen Wandern Modellbau
 Fernsehen Sport Schwimmen

Welche Freizeitinteressen haben Sie?

Fühlen Sie sich manchmal durch Ihre Brille eingeschränkt oder gestört?

- Ja Nein

Fahren Sie nachts häufig Auto?

- Ja Nein

Fühlen Sie sich nachts geblendet?






- Ja Nein

Arbeiten Sie täglich mehr als drei Stunden am Computer?

- Ja Nein

Welche Distanzen möchten Sie nach der Operation möglichst ohne Brille sehen?

Bitte kreuzen Sie die **drei** Aktivitäten an, die für Sie am wichtigsten sind:

Zone 1 (Nähe)	Zone 2 (Mitte)	Zone 3 (Ferne)
  		
<input type="checkbox"/> Zeitung/Speisekarte <input type="checkbox"/> Kreuzworträtsel <input type="checkbox"/> Landkarten <input type="checkbox"/> Handarbeiten/Nähen <input type="checkbox"/> Handy	<input type="checkbox"/> Auto/Armaturen <input type="checkbox"/> Computer <input type="checkbox"/> Preisschilder <input type="checkbox"/> Spielkarten	<input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Kino/Theater <input type="checkbox"/> Autofahren <input type="checkbox"/> Garten <input type="checkbox"/> Sport