

## Fragebogen zur Eingangsuntersuchung Arbeitsplatz Optometrie

1. Geben Sie an wieviele Stunden pro Tag Sie verwenden am:
  - Computer bei der Arbeit: Std. pro Tag
  - Computer in der Freizeit: Std. pro Tag
  - Smartphone / Tablet Std. pro Tag
2. Desktop oder Laptop.
  - Mein Computer am Arbeitsplatz ist ein: Desktop  Laptop
  - Mein Computer zuhause ist ein: Desktop  Laptop
3. Beschreiben Sie bitte die Beleuchtung an Ihrem Arbeitsplatz:
  - Deckenbeleuchtung / Tisch:
  - Weisslicht / Leuchtstoffröhren:
4. Leiden Sie an einer oder an mehreren der folgenden Symptome?
  - Kopfschmerzen
  - Schmerzen im Bereich der Augen
  - Unscharfes Sehen in der Nähe / am Computer
  - Erhöhte Lichtempfindlichkeit / Blenden
  - Unscharfes Sehen in der Ferne
  - Trockene Augen
  - Wässrige Augen
  - Brennen, Jucken oder Rötung der Augen
  - Rückenschmerzen
  - Schmerzen im Nacken und / oder Schulter
  - Doppelbilder
  - Schwindel
5. Wann war Ihre letzte Augenuntersuchung?  
..... Augenarzt / Optometrist
6. Tragen Sie bei der Computer Arbeit
  - Brille (Falls vorhanden, bringen Sie diese bitte mit)
  - Kontaktlinsen (Falls ja, welche Art von Kontaktlinsen: )
  - Beides
7. Nehmen Sie Medikamente zu sich?
  - Ja: .....
  - Nein
8. Sind Sie zur Zeit oder waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre in ärztlicher Behandlung?
  - Ja
  - Nein
9. Bestehen allgemeine Erkrankungen?
  - Ja: .....
  - Nein

10. Bitte tragen Sie nach Möglichkeit die verschiedenen Distanzen in untenstehende Skizze ein

