

Fragebogen zur Kontaktlinsenanpassung

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname, Nachname	Geburtstag	Datum
1. Haben Sie schon einmal Kontaktlinsen getragen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:			
2. Wie zufrieden waren Sie mit diesen Kontaktlinsen? <input type="checkbox"/> sehr zufrieden <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden, aus folgendem Grund:			
3. Welches Pflegesystem haben Sie mit diesen Kontaktlinsen verwendet?			
4. Falls Sie noch keine Kontaktlinsen getragen haben, warum möchten Sie Kontaktlinsen tragen?			
5. Was ist Ihnen beim Kontaktlinsentragen besonders wichtig?			
6. Tätigkeit/Hobbys/Sauna/Sportarten:			
7. Sind sie Raucher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
8. Halten Sie sich in staubiger Umgebung auf? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig			
9. Arbeiten Sie am Computer? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig			
10. Halten Sie sich in trockenen/klimatisierten Räumen auf? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig			
11. Haben Sie gereizte/empfindliche Augen? (Trockenheit) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig			
12. Leiden Sie an Allergien? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:			
13. Befinden oder befanden Sie sich in augenärztlicher Behandlung, oder wurden Sie schon einmal am Auge operiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:			
14. Leiden Sie an Systemerkrankungen wie z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Bluthochdruck oder Rheuma? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:			
15. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Pille, Betablocker)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:			
16. In welchem Rhythmus möchten Sie gerne Kontaktlinsen tragen?			
<input type="checkbox"/> jeden Tag (Ersatz der Brille)	Durchschnittliche tägliche Tragedauer in Stunden: _____		
<input type="checkbox"/> häufig (im Wechsel mit Brille)	Anzahl der Tage pro Woche, an denen die Kontaktlinsen im Schnitt getragen werden: _____ Durchschnittliche Tragedauer an diesen Tagen, in Stunden: _____		
<input type="checkbox"/> gelegentlich (z.B. zum Sport, besondere Anlässen)			

Sonstige Bemerkungen:
