

Bitte ausfüllen.

## WAS KÖNNEN WIR FÜR SIE TUN?

Sie können zwischen folgenden Sehtests bei uns wählen:

### Der Basis-Sehtest

Der Basis-Sehtest umfasst:

- die Bestimmung Ihrer Brillenglaswerte
- die Messung Ihrer Sehkraft / Ihres Sehvermögens in %
- die Messung Ihres räumlichen Sehens
- die Messung Ihres Kontrastsehens

### Der Vorsorge-Sehtest

Der Vorsorge-Sehtest umfasst zusätzlich zum Basis-Sehtest:

- die Betrachtung Ihrer zentralen Netzhaut mittels unserer Netzhautkamera
- eine Tränenfilmanalyse
- eine Betrachtung Ihrer Augenlinse
- die Messung des Augeninnendrucks

Sie haben sich für folgende Augenuntersuchung entschieden:

**Basis-Sehtest**

€ 28,- (wird beim Kauf einer Brille verrechnet)

**Vorsorge-Sehtest**

mit zusätzlichen Untersuchungen

€ 58,- (davon werden € 28,- beim Kauf einer Brille verrechnet)

Kundenname \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum \_\_\_\_\_

Sie wurden untersucht von \_\_\_\_\_

## WICHTIGER HINWEIS

Die von uns durchgeführten Messungen, wie z. B. die Augeninnendruckmessung oder die Netzhautbetrachtung, ersetzen **NICHT** den regelmäßigen Besuch bei Ihrem Augenarzt. Bei Auffälligkeiten in unserer Untersuchung empfehlen wir Ihnen ebenfalls einen Augenarztbesuch. Bitte beachten Sie die beiliegende Broschüre: Augeninnendruckmessung beim Augenoptiker.

## DIESER TEIL WIRD VON UNS FÜR SIE AUSGEFÜLLT

Ihre Brillenglaswerte:

Sph Cyl A Pr B Add

R \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

Ergebnis des Basis-Sehtests:

R \_\_\_\_\_ % L \_\_\_\_\_ %

Das messbare räumliche Sehen ist:

sehr gut  gut  eingeschränkt

Das messbare Kontrastsehen ist:

sehr gut  gut  eingeschränkt



Die Betrachtung Ihrer Netzhaut mittels unserer Netzhautkamera Easyscan ist:

für uns unauffällig  
 auffällig

Die Betrachtung Ihres Tränenfilmes ergab:

ein unauffälliges Ergebnis  ein auffälliges Ergebnis

Zur Stabilisierung des Tränenfilmes empfehlen wir:

Die Betrachtung Ihrer Augenlinse:

R  unauffällig  auffällig L  unauffällig  auffällig

Die Messung des Augeninnendrucks ergab:

R \_\_\_\_\_ mmHg L \_\_\_\_\_ mmHg



Unsere Empfehlung für Sie:

Das 2. Paar Markengläser erhalten Sie zu 50%.



### Gleitsichtbrille

Die Brille für alles.  
Stufenloses Sehen von fern bis nah.



### Fernbrille

Optimales Sehen in der Ferne  
(breite Fernbereiche).



### Nahbrille

Für entspanntes  
und bequemes Sehen in der Nähe.



### Sonnenbrille

Optimaler UV-Schutz  
und besseres Sehen in der Sonne.



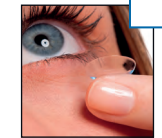
### Sportbrille

Gutes und sicheres Sehen beim Sport.



### Büro- und Arbeitsbrille

Entspanntes Sehen bis 2 m  
„in der Nähe bis zum Schreibtische“



### Kontaktlinsen

Ohne Brille geht's auch.

## ANAMNESE-BOGEN

Bitte nehmen Sie sich die Zeit diesen Bogen auszufüllen, damit wir Sie bestmöglich beraten können.

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## AUGEN-CHECK

### Tragen Sie eine Brille?

- nein  ja  eine Fernsichtbrille  
 eine Nahsichtbrille  
 eine Gleitsichtsichtbrille
- ich trage Kontaktlinsen

### Aktuelles Sehempfinden

Wie empfinden Sie Ihr Sehen mit Ihrer aktuellen Brille bzw. Kontaktlinsen?

- | In der Ferne                           | In der Nähe                            |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> optimal       | <input type="checkbox"/> optimal       |
| <input type="checkbox"/> gut           | <input type="checkbox"/> gut           |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |

### Haben Sie tageszeitliche Sehschwankungen?

- ja  nein

### Augenbeschwerden

Treten bei Ihnen folgende Beschwerden auf?

- Umstellungsprobleme von Nah- auf Fernsicht  
 stark  manchmal  nicht
- Anstrengung am Computer/bei der Naharbeit  
 stark  manchmal  nicht
- Lichtempfindlichkeit  
 stark  manchmal  nicht

- tränende Augen  
 stark  manchmal  nicht
- trockene Augen  
 stark  manchmal  nicht
- allergische Augenreaktionen  
 stark  manchmal  nicht
- schwarze Punkte (Mücken) fliegen durchs Bild  
 stark  manchmal  nicht

## PERSÖNLICHE SEHGEWOHNHEITEN

### Gesundheitliche Faktoren

Viele Krankheiten haben Einfluss auf das Sehen, deshalb einige Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand und zu Augenerkrankungen

Haben oder hatten Sie...

- Zuckerkrankheit (Diabetes)  unbekannt  ja  nein
- hoher Blutdruck (Hypertonie)  unbekannt  ja  nein
- grauer Star (Katarakt)  unbekannt  ja  nein
- grüner Star (Glaukom)  unbekannt  ja  nein
- Makuladegeneration  unbekannt  ja  nein
- Operation am Auge  li  re  ja  nein  
Welche Operation? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Medikamente, die das Sehen beeinflussen?  unbekannt  ja  nein
- Wann war Ihr letzter Augenarztbesuch? \_\_\_\_\_

### Computer, Notebook und Tablet

Wie viele Stunden verbringen Sie täglich am

- Computer  Notebook  Tablett
- gar nicht  weniger als 1 Stunde  
 1 bis 4 Stunden  mehr als 4 Stunden

## Beruf und Hobby

Welche Sehentfernung sind für Sie im Beruf und in der Freizeit besonders wichtig?

- Nahbereich 25 cm bis 50 cm  
 Zwischenbereich 50 cm bis 2 m  
 Fernbereich ab 2 m

Lesen Sie öfters im Liegen?  ja  nein

## Sport

Treiben Sie Sport?

- ja  nein

Welche Sportarten? \_\_\_\_\_

## Mobilität

Fahren Sie häufig ...

- Auto  Motorrad  Fahrrad

## Dämmerungssehen

Haben Sie in der Dämmerung und nachts Sehprobleme?

- ja  nein  manchmal

Besonders beim Autofahren?

- ja  nein  manchmal

## UV-Licht- und Blendschutz

Schützen Sie Ihre Augen vor UV-Strahlen?

- Ich trage keine Sonnenbrille.  
 Ich trage eine Sonnenbrille ohne Sehstärke.  
 Ich trage eine Sonnenbrille ohne Sehstärke und Kontaktlinsen.  
 Ich trage eine Sonnenbrille in aktueller Sehstärke.

## Kontaktlinsen

Tragen Sie Kontaktlinsen?

- Ich trage bisher keine Kontaktlinsen.  
 Ich habe Interesse, welche auszuprobieren.  
 Ich trage gelegentlich Kontaktlinsen (1 - 3 mal pro Woche).  
 Ich trage häufig Kontaktlinsen (täglich oder fast täglich).

**Bitte tragen Sie vor dem Brillensehtest  
24 Stunden lang KEINE Kontaktlinsen!**