

Ihr Termin zur Augenprüfung ist am:

<b>MO</b>	<b>DI</b>	<b>MI</b>	<b>DO</b>	<b>FR</b>	<b>SA</b>	<b>Datum:</b>	<b>Uhrzeit:</b>	<b>Bei:</b>
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	---------------	-----------------	-------------

Wir bitten um rechtzeitige Absage falls Sie verhindert sind.

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geb. Datum:</b>
<b>Straße</b>	<b>Ort:</b>	<b>Telefon:</b>

Liebe Kunden, vielen Dank, dass sie für die Überprüfung Ihrer Augen einen Termin mit uns vereinbart haben. Es ist uns ein hohes Anliegen, Sie bestmöglich nach Ihren Bedürfnissen zu beraten und Ihr Sehen zu untersuchen. Dazu ist es notwendig Ihre Sehgewohnheiten und Sehprobleme, sowie beeinflussende Faktoren auf das Sehen (Allgemeinerkrankungen, Medikamente usw.) zu kennen. Bitte füllen Sie uns deshalb schon vorab diesen Anamnesebogen aus und bringen ihn zu Ihrem Termin mit. Weitere Infos dazu finden Sie auch unter: [www.optik-ott.de](http://www.optik-ott.de)

Was ist der Grund für den Sehtest?	<input type="checkbox"/> schlechtes Sehen in der Ferne <input type="checkbox"/> schlechtes Sehen in der Nähe <input type="checkbox"/> neue Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Routineüberprüfung <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Welche (Seh)-Situationen kommen bei Ihnen häufig vor?	<input type="checkbox"/> Nähe/Lesen/Handy <input type="checkbox"/> Zwischenbereich/Computer/Kochen <input type="checkbox"/> Ferne/TV/Autofahren <input type="checkbox"/> Fahren bei Dämmerung <input type="checkbox"/> Outdoor/Wandern/Sport <input type="checkbox"/> klimatisierte Räume		
Welche Sehhilfen haben Sie in letzter Zeit benutzt?	<input type="checkbox"/> Fernbrille <input type="checkbox"/> Computerbrille <input type="checkbox"/> Lesebrille <input type="checkbox"/> Gleitsichtbrille <input type="checkbox"/> Bifokalbrille <input type="checkbox"/> Sportbrille <input type="checkbox"/> Nachtfahrbrille <input type="checkbox"/> Tageslinsen <input type="checkbox"/> Monatslinsen <input type="checkbox"/> harte Linsen <input type="checkbox"/> Ortho-K <input type="checkbox"/> vergrößernde Sehhilfen		
An welchen Sehhilfen haben Sie Interesse?	<input type="checkbox"/> Fernbrille <input type="checkbox"/> Computerbrille <input type="checkbox"/> Lesebrille <input type="checkbox"/> Gleitsichtbrille <input type="checkbox"/> Bifokalbrille <input type="checkbox"/> Sportbrille <input type="checkbox"/> Nachtfahrbrille <input type="checkbox"/> Tageslinsen <input type="checkbox"/> Monatslinsen <input type="checkbox"/> harte Linsen <input type="checkbox"/> Ortho-K <input type="checkbox"/> vergrößernde Sehhilfen		
Wann waren Sie das letzte Mal beim Augenarzt und weshalb?	<input type="checkbox"/> kürzlich <input type="checkbox"/> vor 1-2 Jahren <input type="checkbox"/> vor 3-5 Jahren <input type="checkbox"/> vor 5-10 Jahren <input type="checkbox"/> > 10 Jahre <input type="checkbox"/> noch nie <input type="checkbox"/> Routinekontrolle <input type="checkbox"/> Augenerkrankung <input type="checkbox"/> Augen-OP		
Wurde schon mal eine Augenerkrankung festgestellt?	<input type="checkbox"/> grauer Star <input type="checkbox"/> Glaukom (grüner Star) <input type="checkbox"/> Makuladegeneration <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung <input type="checkbox"/> Netzhautrisse/Löcher <input type="checkbox"/> Netzhautablösung <input type="checkbox"/> Sonstiges:		<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie eine Augen-OP?	<input type="checkbox"/> grauer Star rechts <input type="checkbox"/> grauer Star links <input type="checkbox"/> LASIK <input type="checkbox"/> Schiel-OP <input type="checkbox"/> Netzhaut gelasert		<input type="checkbox"/> nein
Wurde bei Ihnen schon mal ein Schielen korrigiert?	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> mit Prismengläser <input type="checkbox"/> durch das Abkleben eines Auges <input type="checkbox"/> in der Sehschule <input type="checkbox"/> durch eine Augenmuskel-OP <input type="checkbox"/> durch Visualtraining		<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an trockenen Augen?	<input type="checkbox"/> sehr häufig <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nur bei Allergie (z.B. Pollen) <input type="checkbox"/> nur bei Bildschirmarbeit <input type="checkbox"/> im Tagesverlauf zunehmend <input type="checkbox"/> bereits am Morgen (Augen sind wie verklebt)		<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie sonstige Sehprobleme?	<input type="checkbox"/> starke Blendungsempfindlichkeit <input type="checkbox"/> müde, gereizte, gerötete oder schmerzende Augen <input type="checkbox"/> Schmerzen im Bereich der Augenhöhlen, Schläfen, Stirn <input type="checkbox"/> schlechtes Dämmerungssehen <input type="checkbox"/> zeitweise Doppelbilder <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme beim Lesen <input type="checkbox"/> Lichtblitze/Schatten		<input type="checkbox"/> nein
Verwenden Sie Augentropfen?	<input type="checkbox"/> Hyaluron <input type="checkbox"/> Lipidsprays <input type="checkbox"/> Glaukom-Mittel <input type="checkbox"/> Sonstige:		<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Allgemeinerkrankung bzw. trifft folgendes zu?	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Schilddrüse <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Schwangerschaft/Stillzeit <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> hormonelle Umstellung <input type="checkbox"/> HWS-Syndrom <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Probleme mit dem Kiefergelenk <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie <input type="checkbox"/> Allergien		<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie regelmäßig oder z.Z. Medikamente?	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel <input type="checkbox"/> Hormone <input type="checkbox"/> Kortison <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf/Blutdruckmittel <input type="checkbox"/> Antiallergika <input type="checkbox"/> Entwässerung <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Psychopharmaka <input type="checkbox"/> Sonstige:		<input type="checkbox"/> nein
Besteht bei Ihren Vorfahren 1. Grades folg. Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> grüner Star (Glaukom) <input type="checkbox"/> Makuladegeneration <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht		<input type="checkbox"/> nein

<b>Welchen Sehtest wünschen Sie? (bitte ankreuzen):</b>	<b><input type="checkbox"/> O kostenloser</b>	<b><input type="checkbox"/> O Basis</b>	<b><input type="checkbox"/> O Komfort</b>	<b><input type="checkbox"/> O Premium</b>
Computer-Sehtest und Kontrolle der Sehleistung (Visus)	Ja	Ja	Ja	Ja
Exaktes Ausmessen der Sehstärken für eine neue Brille / KL	Nein	Ja	Ja	Ja
Kontrolle visueller Sehfunktionen (Motorik, Stereosehen ...)	Nein	Basisfunktionen	Ausführlich	Ausführlich
Screenings zum ganzheitlichen Sehen wie Augeninnendruck, Gesichtsfeld, Augenhintergrund (Fundusbild, OCT), Tränenfilm, vorderer Augenabschnitt usw.	Nein	Nein	Teil-Screening je nach Anamnese	Komplett-Screening aus allen Bereichen
Dauer:	ca. 10 Min.	ca. 30 Min.	ca. 90 Min.	ca. 120 Min.
Kosten:	€ 0,00	€ 29,- bis € 69,-	€ 99,-	€ 149,-
Verrechnung beim Kauf neuer Brillengläser:	-	komplett	- € 30,-	- € 40,-
Optional: Risikoanalyse / Telemedizin* <b>O ja O nein</b>	+ € 80,-	+ € 80,-	+ € 40,-	+ € 40,-

\* für bestimmte Augen- und Allgemeinerkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, AMD, Glaukom anhand der Begutachtung des Augenhintergrundes durch einen Augenarzt und KI (künstliche Intelligenz)

**Wichtige Hinweise:**

Optometrische Dienstleistungen sind kein Ersatz für augenärztliche Vorsorgeuntersuchungen, da unauffällige Messwerte einen krankhaften Befund nie ganz ausschließen können! Personenbezogenen Daten können zum Zweck der Durchführung, Verlaufskontrolle sowie auf Grundlage gesetzlicher Aufbewahrungsfristen für mindestens 10 Jahre gespeichert oder an notwendige Stellen weitergeleitet werden. Gemäß §15 und §17 DSGVO sind Sie jederzeit dazu berechtigt, Auskunft und Löschung einzelner Daten zu verlangen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Hinweise zur Kenntnis genommen zu haben und geben verbindlich den Auftrag der gewählten Dienstleistung.

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_