

Ihr Termin zur Augenprüfung ist am:

MO	DI	MI	DO	FR	SA	Datum:	Uhrzeit:	Bei:
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	---------------	-----------------	-------------

Wir bitten im Interesse anderer Kunden um rechtzeitige Absage falls Sie kurzfristig verhindert oder erkrankt sind.

Name	Vorname	Geb. Datum:
Straße	Ort:	Telefon:
e-mail:	Mobil-Nr.:	

Liebe Kunden, unser Sehen kann durch viele verschiedene Einflüsse (z.B. Allgemein- und Augenerkrankungen, Tränenfilm, Medikamente usw.) beeinflusst werden. Daher bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen in Ihrem eigenen Interesse ausgefüllt zu Ihrem Termin ausgefüllt mitzubringen. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt!

Was ist der Grund für den bevorstehenden 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"/> Sonnenbrille <input type="checkbox"/> Tageslinsen <input type="checkbox"/> Monatslinsen <input type="checkbox"/> harte Linsen <input type="checkbox"/> Ortho-K <input type="checkbox"/> Lupe	
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"/> Sonnenbrille <input type="checkbox"/> Tageslinsen <input type="checkbox"/> Monatslinsen <input type="checkbox"/> harte Linsen <input type="checkbox"/> Ortho-K <input type="checkbox"/> Lupe	
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 schon mal ein Schielen festgestellt oder korrigiert?	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> mit Prismengläser <input type="checkbox"/> durch das Abkleben eines Auges <input type="checkbox"/> Sehschule / Orthoptik <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"/> Blendungsempfindlichkeit <input type="checkbox"/> gereizte, gerötete, schmerzende Augen <input type="checkbox"/> tränende Augen <input type="checkbox"/> Schmerzen im Bereich der Augenhöhlen, Schläfen, Stirn <input type="checkbox"/> schlechtes Dämmerungssehen <input type="checkbox"/> 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 Allgemein-erkrankung 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"/> Schielen <input type="checkbox"/> hohe Kurzsichtigkeit <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht	<input type="checkbox"/> nein

Welche Dienstleistung dürfen wir für Sie durchführen? (genaue Beschreibung unter www.optik-ott.de)

Sehtest (bitte ankreuzen)	Kurz-Beschreibung	Preis
<input type="checkbox"/> Economy Sehtest	Computer-Schnell-Sehtest (reicht nicht zur Bestellung einer Sehhilfe aus)	0,00
<input type="checkbox"/> Klassischer Sehtest	Messung der exakten Sehstärken zur Anfertigung einer neuen Brille	€ 39,- *
<input type="checkbox"/> Klassik Plus Sehtest	Klassischer augenoptischer Sehtest beim Optometristen	€ 59,- *
<input type="checkbox"/> Prismatischer Sehtest	Sehtest mit Prismenmessung bei Winkelfehlsichtigkeit (falls bekannt)	€ 79,- *
<input type="checkbox"/> Komfort Sehtest	Messung der Sehstärken mit kleinem optometrischen Screening (ohne OCT)	€ 99,- *
<input type="checkbox"/> Premium Sehtest	Messung der Sehstärken mit großem optometrischen Screening (mit OCT)	€ 149,- *
<input type="checkbox"/> Individual-Sehcheck	Individuelles optometrisches Screening / visuelle Analyse (Funktionaloptometrie)	auf Anfrage
<input type="checkbox"/> Anpassung weiche KL	Anpassung von weichen Kontaktlinsen (Tages-, Monats-, Jahreslinsen)	€ 129,-
<input type="checkbox"/> Anpassung harte KL	Anpassung von formstabilen harten Kontaktlinsen	€ 179,-
<input type="checkbox"/> KL-Kontrolle groß**	Große Verlaufskontrolle (mit Inspektion des vorderen Augenabschnitts)	€ 48,-
<input type="checkbox"/> KL-Kontrolle klein**	Kleine Verlaufskontrolle (nur Linsenstärken & Sitz)	€ 24,-

* Der Preis für den Sehtest reduziert sich beim Kauf einer Brille um -39,00 EUR, ** Kontaktlinsen-Kontrollen sind nur bei von uns angepassten Kontaktlinsen möglich (ansonsten bitte Anpassung wählen). Wichtige Hinweise: Optometrisches Screening ist eine sinnvolle Ergänzung zur augenärztlichen Vorsorge, jedoch kein Ersatz! Unauffällige Messwerte können einen krankhaften Befund nicht ausschließen! Ihre Personenbezogene Daten können zum Zweck der Durchführung sowie auf Grundlage gesetzlicher Aufbewahrungsfristen für mind. 10 Jahre gespeichert und an notwendige Stellen (z.B. Lieferanten, Krankenkassen, Telemedizin, Steuerberater usw.) 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.

Datum / Unterschrift: _____