

## Auftrag und Anamnese für optometrische Dienstleistungen

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

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geb. Datum:</b>
<b>Straße</b>	<b>Ort:</b>	<b>Telefon:</b>
<b>e-mail:</b>	<b>Mobil-Nr.:</b>	

Bitte bringen Sie uns in Ihrem eigenen Interesse diesen Anamnesebogen spätestens zu Ihrem Termin ausgefüllt mit. Falls Sie die ein oder andere Frage nicht beantworten möchten, lassen Sie sie einfach aus. 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](http://www.optik-ott.de))

Sehtest (bitte ankreuzen)	Kurz-Beschreibung	Preis
<input type="checkbox"/> Sehtest Klassik	Messung der exakten Sehstärken zur Anfertigung einer neuen Brille	€ 39,- *
<input type="checkbox"/> Sehtest Klassik Plus	Klassischer augenoptischer Sehtest beim Optometristen	€ 59,- *
<input type="checkbox"/> Sehtest Komfort	Messung der Sehstärken mit kleinem optometrischen Screening	€ 99,- *
<input type="checkbox"/> Sehtest Premium	Messung der Sehstärken mit großem optometrischen Screening	€ 149,- *
<input type="checkbox"/> Sehtest Individual	Individuelles optometrisches Screening / optometrische Sehfunktionsanalyse	€ 69-269,-*
<input type="checkbox"/> KL-Anpassung	Anpassung neuer Kontaktlinsen (Tages-, Monats-, Jahres-, formstabile Linsen)	€ 79-179,-
<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,-
<input type="checkbox"/> Zzgl.: Dunkelrefraktion	Messung der Sehstärken für das Dämmerungssehen (z.B. für Nachtfahrbrillen)	+ € 20,-
<input type="checkbox"/> Zzgl.: Prismenmessung	Messung der Prismenstärken zur Korrektur einer Winkelfehlsichtigkeit	+ € 40,-

\* 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 und erteilen den Auftrag der o.g. Dienstleistung.

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