

Fragebogen für Erwachsene

Sie haben sich zu einer Vorabklärung angemeldet. Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen. Um möglichst viel Zeit für Sie zu haben, bitten wir Sie den ausgefüllten Fragebogen zum Termin mitzubringen.

Name..... Vorname..... Geburtsdatum.....
 Strasse..... PLZ / Ort..... Telefon.....
 Beruf Sport

Lieblingsbeschäftigung.....
 Rechtshänder ...Linkshänder

Grund des Besuchs

- schlechtes Sehen Anstrengungsbeschwerden Sehstörungen
 Empfehlung (Name, Adresse, Beruf).....

 Sonstiges.....

Üben Sie im Verein Sport aus? (Welche) Ja Nein

Vorgeschichte

- Waren Sie schon beim Augenarzt? Ja, am..... bei.....
 Grund.....
 Ergebnis.....
 Messung bei erweiterter Pupille? Ja
 Haben Sie schon eine Brille getragen? Ja, von..... bis.....
 Haben Sie schon Kontaktlinsen getragen? Ja, von..... bis.....
 Wurden Sie als Kind in der Sehschule behandelt? Ja, von..... bis.....
 Wurde schon einmal ein Auge / Glas abgeklebt? Ja, von..... bis.....
 Wurden Sie an den Augen operiert? Ja, wegen..... im Jahre.....
 Wurde bei Ihnen eine Legasthenie festgestellt? Ja

Hauptbeschwerden

Kopfschmerzen

- selten häufigmal pro Woche, zu bestimmten Zeiten
 frontal schläfenwärts migräneartig
 oft schon morgens nachts während des Tages zu-/ abnehmend

Probleme beim Lesen

- Auffällige Kopfhaltung Weglassen von Endungen Wörter überspringen
 in der Zeile verrutschen Buchstaben sind unruhig Verwechselt Buchstaben
 Buchstaben verschwimmen Verkürzter Leseabstand

- lesen wird anstrengender, je länger gelesen wird
 schnelle Ermüdung bei PC Arbeit / Bildschirmarbeit

Grobmotorische Probleme

Welche?.....

Feinmotorische Probleme

Welche?.....

Implantate

Welche?.....

Wurden Operationen durchgeführt (wann und welche)?

.....

Sprechprobleme

Welche?.....

Hörprobleme

Welche?.....

Augenprobleme

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Tränen | <input type="checkbox"/> Brennen |
| <input type="checkbox"/> Augenreiben | <input type="checkbox"/> Stirnrunzeln | <input type="checkbox"/> Unschärfe bei Distanzwechsel |
| <input type="checkbox"/> blinzeln | <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Druckgefühl um die Augen nach dem Lesen | |
- Konzentrationsschwierigkeiten

Krabbeln

Mit welchem Alter?..... Wie lange?.....

Allgemein:

Sind Sie geräuschempfindlich? Ja Nein

Sind Sie ängstlich? Ja Nein

Haben Sie Gleichgewichtsprobleme? Ja Nein

Sind Sie leicht reizbar oder auch wütend? Ja Nein

Brauchen Sie Ihre täglichen Routinen? Ja Nein

Haben Sie beim Sport Koordinationsprobleme? Ja Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Können Sie sicher rechts und links unterscheiden? Ja Nein

Haben Sie Vorerkrankungen? (Welche) Ja Nein

Sind Sie hochsensibel? Ja Nein

Sind Sie ständig angespannt? Ja Nein.....



ENWAKO®

Entwicklung WAhrnehmung KOordination

Neigen Sie zur Perfektion und oder hohem Eigendruck? Ja Nein.....

Sind Sie ständig an Ihrer Belastungsgrenze? Ja Nein.....

Voruntersuchung

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ? Ja, welche?

Welche Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel
etc. haben Sie in den letzten Jahren bekommen?

Ich stimme den DSGVO von der ENWAKO GmbH zu. (www.ENWAKO.de PDF: DSGVO ENWAKO GmbH)

Bitte Brillenpass der aktuellen Brille mitbringen.

Einverständnis für die Messungen

Ort und Datum..... Unterschrift.....