

PATIENTEN-FRAGEBOGEN

Name _____ Geburtsdatum _____ Datum _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

mithilfe dieses Fragebogens können wir die bestmögliche Behandlung entsprechend Ihrer Lebensgewohnheiten und visuellen Bedürfnissen festlegen. Diese Informationen sind, zusammen mit den Untersuchungsergebnissen Ihrer Augen, entscheidend für die Empfehlung der optimalen Intraokularlinse. Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Tragen Sie zurzeit eine Brille?

- | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Ja, immer | ☐ Ja, manchmal | ☐ Nein, nie |
| ☐ Für die Ferne/Auto | ☐ Zum Lesen | ☐ Am Computer |

Welche Brille(n) tragen Sie?

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|
| ☐ Gleitsichtbrille | ☐ Lesebrille | ☐ Einstärkenbrille | ☐ Computerbrille |
|---|-------------------------------------|---|---|

Gibt es Probleme beim Tragen einer Gleitsichtbrille?

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Nein | ☐ Manchmal | ☐ Häufig |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

Wie wichtig ist es Ihnen, nach der Operation keine Brille zu tragen?

- | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Nicht wichtig | ☐ Wichtig | ☐ Sehr wichtig |
|--|----------------------------------|---------------------------------------|

Wären Sie bereit, dafür Nebenwirkungen in Kauf zu nehmen, wie bspw. Lichtkränze um Lichtquellen?

- | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|
| ☐ Keinesfalls | ☐ Unter Umständen | ☐ Ja |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|

Welche Tätigkeiten führen Sie im Alltag regelmäßig aus, die Ihnen besonders wichtig sind?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Autofahren nachts | ☐ Autofahren tagsüber | ☐ Lesen |
| ☐ Kino | ☐ Hausarbeit (Kochen, Bügeln, etc.) | ☐ Smartphone |
| ☐ Sport (Fahrrad, Golf, etc.) | ☐ Computer | ☐ Basteln (Modellbau, Nähen, etc.) |

☐ Sonstiges _____

Bei welchen Aktivitäten wären Sie bereit, weiterhin eine Brille zu tragen?

Wie wichtig ist es Ihnen, ohne Brille zu lesen?

- | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Nicht wichtig | ☐ Wichtig | ☐ Sehr wichtig |
|--|----------------------------------|---------------------------------------|

Wo halten Sie Ihr Buch, wenn Sie lesen?

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| ☐ Im Schoß | ☐ Auf Brusthöhe | ☐ Nah am Gesicht |
|-----------------------------------|--|---|

Wie viele Stunden am Tag:

Fahren Sie Auto? ____ Std. Sind Sie am Computer? ____ Std. Lesen Sie? ____ Std.

Unterschrift des Patienten _____