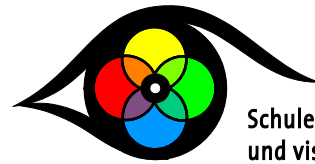


# Checkliste für Erwachsene



Schule für Sehverhalten  
und visuelle Wahrnehmung

## Die Seh : Praktikerin

Regina Priß  
Hahler Straße 49  
32427 Minden  
Telefon 0571.8891596

Datum:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ E Mail \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Von wem wurden Sie überwiesen/empfohlen:

\_\_\_\_\_

Wie äußern sich Ihre Sehprobleme? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was wollen Sie ändern: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Reicht der vorgesehene Platz nicht oder möchten Sie etwas ergänzen,  
benutzen Sie bitte das letzte Blatt!.)

### Haben Sie oder jemand anderes vielleicht Folgendes beobachtet?

- |  | ja                    | manchmal              | nein                  | unbekannt             |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Mein Lese/Schreibabstand ist recht kurz (unter 35 cm) .....                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Den Kopf / das Buch / das Blatt halte ich beim Lesen/Schreiben lieber schräg ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Beim Lesen verliere ich leicht die Zeile/lasse ganze Zeilen aus .....              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Beim Lesen benutze ich gern ein Lineal/Finger o.ä. ....                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich kann mir schlecht merken was ich gerade gelesen habe .....                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lesen ist für mich anstrengend / ermüdend (nur wenige Seiten lesbar) .....         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Texte muss ich mehrfach lesen, um den Inhalt zu verstehen.....                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Bitte wenden!





## Allgemeines Befinden/Gesundheit:

ja manchmal nein unbekannt

Ein Auge dreht manchmal weg, vor allem bei Müdigkeit .....  .....  .....  .....   
rechts  links  ..... innen  außen

Reibe öfters die Augen,  
weil sie bei Naharbeiten jucken oder brennen .....  .....  .....  .....

Ausdauerndes, konzentriertes Sehen fällt mir schwer,  
muss häufig blinzeln .....  .....  .....  .....

Um weit besser zu sehen, kneife ich gerne die Augen zusammen  .....  .....  .....

Ausdauernde Konzentration fällt schwer .....  .....  .....  .....

Meine Augen fühlen sich oft trockene an .....  .....  .....  .....

Die Augen tränen leicht.....  .....  .....  .....

Ich bin lichtempfindlich, auch bei normalen Lichtverhältnissen ....  .....  .....  .....

Mein Nacken / Schulterbereich ist häufig verspannt und schmerzt  .....  .....  .....

Bei bestimmten Sehaufgaben  
schließe ich zur Erleichterung lieber ein Auge .....  .....  .....  .....

Welche Sehaufgaben sind das? \_\_\_\_\_

Können Sie allgemein gut schlafen.....  .....  .....  .....

Wachen Sie immer mal zwischendurch auf.....  .....  .....  .....

Beim Autofahren  Busfahren  Karussellfahren   
wird mir leicht übel .....  .....  .....  .....

Kopfschmerzen .....  .....  .....  .....

Wie oft? \_\_\_\_\_ x Woche/Monat

Wo?..... Schläfe  ..... Stirn  ..... Oberhaupt

Migräne \_\_\_\_\_ x Woche/Monat .....

Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen/Erbkrankheiten? \_\_\_\_\_

Liegt Epilepsie vor? ..... Ja  ..Nein

Wurden Sie schon einmal operiert?..... Ja  ..Nein

Wenn ja, woran? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal einen Unfall?.. Ja  ..Nein

Was ist passiert? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Bekommen Sie Medikamente? .....Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

## ● Auto uns Verkehr:

	ja	manchmal	nein	unbekannt
Ich habe Schwierigkeiten, im Rückspiegel schnell etwas zu erfassen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mitfahrer meinen, ich fahre meistens zu weit rechts oder links .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beim Einparken habe ich Probleme mit dem richtigen Abschätzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überholvorgänge mache ich ungern (Entfern. + Geschwindigkeitseinschätzung).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei Dämmerung werde ich unsicher, fahre nachts allgemein ungern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scheinwerfer erscheinen mir manchmal doppelt .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch die Scheinwerfer habe ich starke Blendungsprobleme .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir schwer, mich zu orientieren oder in der Straßenkarte zurechtzufinden.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Straßenschilder erkenne ich erst später als mancher Mitfahrer .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den Tacho während der Fahrt abzulesen, ist für mich schwierig ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ● Beruf/Arbeit oder Sehanforderung:

Ich arbeite am Computer ..... Ja     Nein     Manchmal   
 Bei "Ja", wie lange? \_\_\_\_\_ Std/täglich

Wie weit ist Ihr Bildschirm von Ihnen entfernt : \_\_\_\_\_ cm

Wie hoch ist der obere Rand des Bildschirms vom Schreibtisch entfernt : \_\_\_\_\_ cm

Wie ist der Lichteinfall an ihrem Arbeitsplatz? Wieviele Lichtquellen gibt es dort?

**(Skizzieren Sie ggf. auf dem letzten Blatt!)**

	ja	manchmal	nein	unbekannt
Computerarbeit strengt mich an?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Bildschirm erscheint zeitweise unscharf?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Manuskript/ die Tastatur erscheint zeitweise unscharf?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blickwechsel vom Manuskript zum Monitor erscheint mir verzögert scharf?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte wenden!



**Sport + Freizeit:**

	ja	manchmal	nein	unbekannt
Ich bin unsicher, ängstlich beim Bälle fangen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spiele <b>ungern</b> Ballsport z.B. Handball, Federball usw. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treffe/fange Bälle nicht richtig, schlage daneben - zu früh <input type="checkbox"/> .... zu spät <input type="checkbox"/> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bin ängstlich bei kleinen Höhenunterschieden, meide Abhänge.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Hobby: _____				
Sportart: _____				_____ mal pro Woche

**So dies und das:**

	ja	manchmal	nein	unbekannt
Ich verwechsele leicht Rechts und Links .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lese gerne und ausdauernd im Bett .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Morgens nach dem Aufstehen sehe ich zeitweilig verschwommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann früh meine Zeitung schlechter lesen, als gegen Mittag.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bin eher ungeschickt mit Werkzeugen (Hammer, Schraubenzieher, Schere, usw.).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habe Probleme eine Nadel einzufädeln.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laufe auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Probleme beim Erkennen der 3-D-Darstellung im Kino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 **Augenarzt:**

Augenärztlich wurde ich bereits untersucht? .....Wann? \_\_\_\_\_

Von wem \_\_\_\_\_

Mit welchem Ergebnis?(Bericht?)

---

Aktuelle Brillenwerte:

Ferne	Sphäre / S	Zylinder / cyl	Achse / A
Rechtes Auge			
Linkes Auge			

Nähe	Sphäre / S	Zylinder / cyl	Achse / A
Rechtes Auge			
Linkes Auge			

Was soll sich ändern: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ergänzungen:

