

Checkliste für Erwachsene



Schule für Sehverhalten
und visuelle Wahrnehmung

Die Seh : Praktikerin

Regina Prieß

Richard-Lattorf-Straße 33 · 30453 Hannover

Telefon 0151 40368079

www.diesehpraktikerin.de

Datum:

Name: _____

Straße: _____

Ort: _____

Tel: _____ E Mail _____

Beruf: _____ Geburtsdatum: _____

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?

Mein Lese/Schreibabstand ist recht kurz (unter 35 cm) ja manchmal nein unbekannt

Den Kopf / das Buch / das Blatt halte ich beim Lesen/Schreiben lieber schräg ja manchmal nein unbekannt

Beim Lesen verliere ich leicht die Zeile/lasse ganze Zeilen aus ja manchmal nein unbekannt

Ich kann mir schlecht merken was ich gerade gelesen habe ja manchmal nein unbekannt

Lesen ist für mich anstrengend / ermüdend (nur wenige Seiten lesbar) ja manchmal nein unbekannt

Texte muss ich mehrfach lesen, um den Inhalt zu verstehen..... ja manchmal nein unbekannt

Bitte wenden!



● Allgemeines Befinden/Gesundheit:

	ja	manchmal	nein	unbekannt
Ein Auge dreht manchmal weg, vor allem bei Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> innen <input type="checkbox"/> außen <input type="checkbox"/>				
Reibe öfters die Augen, weil sie bei Naharbeiten jucken oder brennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausdauerndes, konzentriertes Sehen fällt mir schwer, muss häufig blinzeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um weit besser zu sehen, kneife ich gerne die Augen zusammen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausdauernde Konzentration fällt schwer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Augen fühlen sich oft trockene an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Augen tränen leicht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin lichtempfindlich, auch bei normalen Lichtverhältnissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Nacken / Schulterbereich ist häufig verspannt und schmerzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei bestimmten Sehaufgaben schließe ich zur Erleichterung lieber ein Auge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche Sehaufgaben sind das? _____				

Wurden Sie kieferorthopädisch behandelt..... Ja ..Nein Jetzt ..Früher

Finden Ihre Zähne beim Schließen alle gleichzeitig aufeinander..... Ja ..Nein

Bei der Mundöffnung knackt es im Kiefergelenk(vor dem Ohr)..... Ja ..Nein

Mittellinie der Frontzähne bleiben bei Mundöffnung übereinander Ja ..Nein

Gibt es Probleme mit dem Bewegungsapparat.....Ja ..Nein Wo:_____ beidseits

Wie lange: weniger als 6 Wochen länger _____ Wochen/Monate

Schmerz/Problem **bitte in der Skala einschätzen:** (keine) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (unerträglich)

Schwindel-Problem **bitte in der Skala einschätzen:** (keine)0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10(unerträglich)

	ja	manchmal	nein	unbekannt
Beim Autofahren <input type="checkbox"/> Busfahren <input type="checkbox"/> Karussellfahren <input type="checkbox"/>				
wird mir leicht übel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft? _____ x Woche/Monat				
Wo?..... Schläfe <input type="checkbox"/>Stirn <input type="checkbox"/>Oberhaupt <input type="checkbox"/>				
Migräne _____ x Woche/Monat				
Liegt Epilepsie vor?	Ja <input type="checkbox"/> ..Nein <input type="checkbox"/>			

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

Was ist passiert? _____ Wann? _____

Bekommen Sie Medikamente?Ja Nein

Welche? _____

Auto und 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"/> |

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 ungern 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 | | | | |

Bitte wenden!



Beruf/Arbeit oder Sehanforderung:

Gesamtarbeitszeit am Bildschirm _____% Wie lange? _____Std/täglich

Welche Art von Bildschirmen benutzen Sie:..... Separater Bildschirm
 Notebook/Laptop..... Tablet..... Smartphone..... Maschinendisplay

Bearbeitungsposition..... sitzend stehend laufend

Bildschirmformat..... Hochformat Querformat

Bildschirmpositionierung..... höhenverstellbar neigbar

Anzahl der Bildschirme _____Stuck nebeneinander übereinander Abstand

Entfernung von der Nasenwurzel bis Mitte Bildschirm _____ cm

Anordnung der Bildschirme... oberhalb Augenhöhle mittig unterhalb Augenhöhle

mit Publikumsverkehr ohne Publikumsverkehr

Monitoring/Überwachung..... aktiv/touchscreen passiv

Licht und Beleuchtung..... Fensterposition frontal seitlich

Raumbeleuchtung sehr hell normal dunkel

Deckenleuchte ja nein

Bei „ja“ = kaltwei / neutralwei / warmwei

Arbeitsplatzleuchte ja nein

Bei „ja“ = kaltwei / neutralwei / warmwei

Stuhl..... höhenverstellbar Sitzfläche beweglich Armlehne verstellbar

Tisch..... höhenverstellbar feste Höhle hell / dunkel

Fustutze Stifteingabe

Tastatur..... ergonomisch kabelgebunden kabellos hell / dunkel

Skizzieren Sie ggf die Raumaufteilung und Lichtverhältnisse(Lampen / Fenster)

ja manchmal nein unbekannt

Computerarbeit strengt mich an?.....

Der Bildschirm erscheint zeitweise unscharf?.....

Das Manuskript/ die Tastatur erscheint zeitweise unscharf?.....

Blickwechsel vom

Manuskript zum Monitor erscheint mir verzögert scharf?.....

Wie lange nutzen Sie privat digitale Medien(Handy/Tablet/Fernsehen/..) Ø _____Std/täglich

- So dies und das:** ja manchmal nein unbekannt
- Ich verwechsele leicht Rechts und Links
- Lese gerne und ausdauernd im Bett
- Ich kann früh meine Zeitung schlechter lesen, als gegen Mittag.....
- Bin eher ungeschickt mit Werkzeugen
(Hammer, Schraubenzieher, Schere, usw.).....
- Habe Probleme eine Nadel einzufädeln.....
- Laufe auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden)
- Haben Sie Probleme beim Erkennen der 3-D-Darstellung im Kino

Augenarzt:

Augenärztlich wurde ich bereits untersucht?Wann? _____
 Von wem _____

Mit welchem Ergebnis?(Bericht?)

Ich bin an den Augen operiert Ja Nein Woran? _____

Meine Augen sind gelasert Ja Nein Wann? _____

Ich besitze eine Brille Ja Nein Ich trage Kontaktlinsen Ja Nein

Wenn „Ja“ für Ferne Nähe Gleitsicht oder..... Bildschirm?

Aktuelle Brillenwerte:

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

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

Was soll sich ändern: _____

