

Fragebogen für ein Reha-Sehtraining



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: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Von wem wurden Sie überwiesen/
wer hat meine Arbeit empfohlen: _____

ggf. Begleitung/Betreuung durch: _____

Erkrankung, die sich auf das Sehen auswirkt: _____

Haben Sie vielleicht Folgendes beobachtet?

Haben Sie nach der Erkrankung Veränderungen Ihrer Sehfähigkeit bemerkt? Ja ☐ Nein ☐

Blendet Sie Licht stärker als früher? ☐ ja ☐ manchmal ☐ nein ☐ unbekannt

Im Raum ☐ Draußen ☐ Dauernd ☐ Zeitweise ☐

Seit Ereignis ☐ Schon früher ☐

Haben Sie den Eindruck, dass alles etwas dunkler erscheint? ☐ ☐ ☐ ☐

Benötigen Sie mehr Licht zum Lesen? ☐ ☐ ☐ ☐

Haben Sie das Gefühl, dass das Sehen nicht mehr so klar ist,
wie früher (verschwommener, wie durch Milchglas, nebelig)? ☐ ☐ ☐ ☐

Treten durch Belastung Veränderungen in der Sehfähigkeit auf? ☐ ☐ ☐ ☐

Leiden Sie an Doppelbildern? ☐ ☐ ☐ ☐

Ferne ☐ Nähe ☐ Dauernd ☐ Zeitweise ☐

Seit Ereignis ☐ Schon früher ☐

Leiden Sie an visuellen Reizerscheinungen
(Lichtblitze, Linien, Sterne, Nebel, Muster, Farben, Gegenstände)? ☐ ☐ ☐ ☐

Bitte wenden!





Raum / Gesichtsfeld:

	ja	manchmal	nein	unbekannt
Sind bei Ihnen Gesichtsfeldausfälle diagnostiziert	☐	☐	☐	☐
Haben Sie Schwierigkeiten beim Ausweichen von Personen und Gegenständen?.....	☐	☐	☐	☐
Übersehen Sie häufig Personen, die Ihnen entgegen kommen?..	☐	☐	☐	☐
Stoßen Sie an Gegenstände (z.B. Türrahmen)?.....	☐	☐	☐	☐
Suchen Sie häufig nach Gegenständen und diese liegen plötzlich vor Ihnen?.....	☐	☐	☐	☐
Beziehen sich diese Probleme überwiegend auf eine Seite?.....	☐	☐	☐	☐
Rechts ☐Links ☐				
Haben Sie Schwierigkeiten beim Lesen?.....	☐	☐	☐	☐
Zeilen finden ☐Zeilen halten ☐Verständnis ☐				
Zeit, die Sie mit Lesen bis zur Erkrankung verbracht haben: _____ Std				
jetzt : _____ Std				
Was lesen Sie gerne: _____				



Wahrnehmung:

	ja	manchmal	nein	unbekannt
Haben Sie Schwierigkeiten beim Treppensteigen die Tiefe der Stufen abzuschätzen?.....	☐	☐	☐	☐
Erscheinen Ihnen Farben gegenüber früher verändert?.....	☐	☐	☐	☐
Erkennen Sie Buchstaben und können Sie diese benennen?.....	☐	☐	☐	☐
Erkennen Sie Worte und können Sie diese benennen?.....	☐	☐	☐	☐
Haben Sie größere Schwierigkeiten, bestimmte Gegenstände z.B. in einer Küchenschublade, aufzufinden?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie das Gefühl, dass Gesichter verändert aussehen (blasser, unschärfer, verschwommener, fremdartig, nicht mehr vertraut)?	☐	☐	☐	☐
Haben Sie Schwierigkeiten im Straßenverkehr die Geschwindigkeit von Fahrzeugen richtig einzuschätzen?.....	☐	☐	☐	☐
Haben Sie Schwierigkeiten sich zu orientieren?	☐	☐	☐	☐
Im Raum ☐Draußen ☐				
Gewohnte Umgebung ☐Fremde Umgebung ☐				

Bitte nächste Seite!



Gesundheit:

Liegen gesicherte Diagnosen vor Ja ☐ Nein ☐

Welche? _____

Berichte bitte beifügen, falls vorhanden!

Liegt eine Epilepsie vor? Ja ☐..Nein ☐

Bekommen Sie Medikamente? Ja ☐ Nein ☐

Welche? _____

Bekommen Sie fördernde Therapien?..... Ja ☐ Nein ☐

Wenn „Ja“, welche und bei wem? _____

Schwindel-Problem bitte in der Skala einschätzen:

(keine) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (unerträglich)



Augenarzt:

Wurden Sie bereits augenärztlich untersucht?Wann? _____

Von wem? _____

Mit welchem Ergebnis? **Berichte bitte beifügen, falls vorhanden!**

Aktuelle Brillenwerte:

Ferne	Sphäre / Sph	Zylinder / cyl	Achse / A	Prisma / P	Achse / A	ADD
Rechtes Auge						
Linkes Auge						

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

Bitte wenden!



Welche Brillen benutzen Sie:

- ☐ Fernbrille ☐ Lesebrille ☐ Bifokal-Brille ☐ Gleitsicht-Brille
☐ Bildschirmarbeitsplatzbrille ☐ Sonnenbrille



So dies und das:

Benutzen Sie Hilfsmittel(z.B. Lupen, Schrägpult..)?

Welche: _____

Spezielle Beleuchtung: _____

Was soll sich ändern: _____

Wünschen Sie Kontaktadressen für weitere

- ☐ Informationen ☐ Beratung ☐ Selbsthilfe

Ergänzungen:

Danke!

