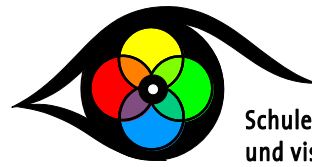


# Checkliste für Erwachsene



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? \_\_\_\_\_

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

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

Mittellinie der Frontzähne bleiben bei Mundöffnung nicht 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)

Beim Autofahren Busfahren Karussellfahren ja manchmal nein unbekannt  
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 und Verkehr:**

- |   | ja                    | manchmal              | nein                  | unbekannt             |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ich habe Schwierigkeiten,<br>im Rückspiegel schnell etwas zu erfassen .....               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mitfahrer meinen,<br>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<br>(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<br>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 <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,<br>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,<br>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 Augenhöhe       mittig       unterhalb Augenhöhe

mit Publikumsverkehr       ohne Publikumsverkehr

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

Licht und Beleuchtung..... Fensterposition       frontal       seitlich

Raumbelichtung  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 Höhe       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?.....  ..... ..... .....

**So dies und das:** ja manchmal nein unbekannt

Ich verwechsele leicht Rechts und Links .....  .....  .....  .....

Lese gerne und ausdauernd im Bett .....  .....  .....  .....

Morgens nach dem Aufstehen sehe ich zeitweilig verschwommen .....  .....  .....  .....

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 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: \_\_\_\_\_

