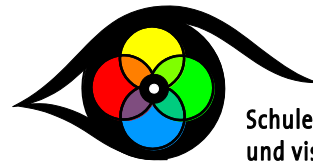


Fragebogen für ein Reha-Sehtraining



Schule für Sehverhalten
und visuelle Wahrnehmung

Die Seh : Praktikerin

Regina Prieß
Hahler Straße 49
32427 Minden
Telefon 0571.8891596

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, neblig)?.....

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!





So dies und das:

Benutzen Sie Hilfsmittel?

Welche: _____

Besitzen Sie eine Sonnenbrille? Ja ..Nein

Was soll sich ändern: _____

Wünschen Sie Kontaktadressen für weitere

- Informationen Beratung Selbsthilfe

Ergänzungen:

