

Trockene Augen-Fragebogen

(McMonnies, 10,5 = Normal // **>10,5** = Verdacht auf trockenes Auge, Abklärung über den Augenarzt nötig)

Alter weiblich unter 25(0) weiblich 25-45 Jahre(3) weiblich über 45 Jahre(6)

männlich unter 25(0) männlich 25-45 Jahre(1) männlich über 45 Jahre(2)

KL keine KL harte KL weiche KL

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

1. Sind an Ihren Augen folgende Beschwerden aufgetreten?

- | | | | | |
|----------------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| a. Schmerzen | <input type="checkbox"/> Nie(0) | <input type="checkbox"/> Manchmal(1) | <input type="checkbox"/> Oft(4) | <input type="checkbox"/> Ständig(8) |
| b. Kratzen | <input type="checkbox"/> Nie(0) | <input type="checkbox"/> Manchmal(1) | <input type="checkbox"/> Oft(4) | <input type="checkbox"/> Ständig(8) |
| c. Trockenheit | <input type="checkbox"/> Nie(0) | <input type="checkbox"/> Manchmal(1) | <input type="checkbox"/> Oft(4) | <input type="checkbox"/> Ständig(8) |
| d. Sandgefühl | <input type="checkbox"/> Nie(0) | <input type="checkbox"/> Manchmal(1) | <input type="checkbox"/> Oft(4) | <input type="checkbox"/> Ständig(8) |
| e. Brennen | <input type="checkbox"/> Nie(0) | <input type="checkbox"/> Manchmal(1) | <input type="checkbox"/> Oft(4) | <input type="checkbox"/> Ständig(8) |

2. Haben Sie schon Augentropfen oder eine andere Behandlung gegen Trockenes Auge verordnet bekommen?

Ja(6) Nein(0)

3. Leiden Sie an Arthritis(Gelenkentzündung)?

Ja(2) Nein(0)

4. Leiden Sie an einer Funktionsstörung der Schilddrüse?

Ja(2) Nein(0)

5. Haben Sie ein Trockenheitsgefühl in der Nase, im Mund, im Rachen, in der Lunge oder in der Vagina?

Nie(0) Manchmal(1) Öfters(2) Ständig(4)

6. Sind Ihre Augen besonders empfindlich gegen Zigarettenrauch, Smog, Klimaanlage oder Hitze?

Nein(0) Manchmal(2) Ja(4)

7. Werden Ihre Augen schnell rot und gereizt, wenn Sie in Chlorhaltigem Wasser schwimmen?

Nein(0) Manchmal(2) Ja(4)

8. Benutzen Sie:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antihistamin-Augentropfen(Antiallergie)(2) | <input type="checkbox"/> Diuretika(Entwässerung)(2) |
| <input type="checkbox"/> Schlaftabletten(1) <input type="checkbox"/> Beruhigungsmittel(1) | <input type="checkbox"/> Antibabypille(1) |
| <input type="checkbox"/> Medikament gegen Darmgeschwür(1) | <input type="checkbox"/> Medikament gegen Bluthochdruck(1) |
| <input type="checkbox"/> Medikament gegen Verdauungsstörung(1) | |

9. Sind Ihre Augen am Folgetag nach Alkoholgenuss trocken und gereizt?

Nein(0) Manchmal(2) Ja(4)

Name: _____

Datum: _____

10. Schlafen Sie mit leicht geöffneten Augen?

Nein(0) Manchmal(1) Ja(2)

11. Sind Ihre Augen morgens nach dem Aufwachen gereizt?

Nein(0) Manchmal(1) Ja(2)



Schule für Sehverhalten
und visuelle Wahrnehmung

Die Seh:Praktikerin