**Fragebogen** Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  
Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wer hat Sie uns empfohlen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Wann wurden die Augen zuletzt geprüft? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Durch wen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Waren Sie in osteopathischer Behandlung? Wofür? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gibt es Probleme mit dem Biss? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liegen allgemeine Erkrankungen vor? Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen bei Ihrer Geburt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ja □ Nein □

Haben / hatten Sie Augenkrankheiten oder -Verletzungen? Ja □ Nein □

Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie jemals geschielt? Andere Familienmitglieder? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ja □ Nein □

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? (Bitte Werte übermitteln) Ja □ Nein □

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ja □ Nein □

Haben Sie Kopfschmerzen? Ja □ Nein □

Wie oft ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wenn ja in welchem Kopfbereich? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zu bestimmten Zeiten: oft schon morgens □ während des Tages zunehmend □ nachts □

Haben Sie Konzentrationsprobleme? Ja □ Nein □  
Liegt bei Ihnen eine Lese-Rechtschreib-Schwäche vor? Ja □ Nein □

Vergessen Sie schnell, was Sie gerade gelesen haben? Ja □ Nein □

Sind Sie lichtempfindlich? Ja □ Nein □

Leiden sie unter trockenen Augen? Ja □ Nein □

Reiben Sie sich beim Lesen die Augen oder brennen diese? Ja □ Nein □

Halten Sie den Kopf beim Lesen oder Schreiben schief? Ja □ Nein □

Wie groß ist Ihr Abstand vom Buch beim Lesen? ca. \_\_\_\_\_\_\_\_ cm

Ermüden Sie bereits nach kurzer Lesedauer? Ja □ Nein □

Sehen Sie bei Ermüdung manchmal doppelt? Ja □ Nein □

Wird die Schrift bei längerem Schreiben unregelmäßiger? Ja □ Nein □

Fällt Ihnen der Wechsel zwischen Ferne und Nähe schwer? Ja □ Nein □

Haben Sie Schwierigkeiten beim Werfen und Fangen von Bällen? Ja □ Nein □

Stoßen Sie sich oft an Gegenständen oder kippen diese um? Ja □ Nein □

Mein Hauptproblem:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_