

Niels Ewald

ENWAKO®-Trainer

0711 300 3896 + AB

Sie haben sich zu einer Vorabklärung angemeldet. Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen. Um möglichst viel Zeit für Sie zu haben, bitten wir Sie den ausgefüllten Fragebogen zum Termin mitzubringen.

Name..... Vorname..... Geburtsdatum.....
Strasse..... PLZ / Ort..... Telefon.....
Beruf Sport

Lieblingsbeschäftigung.....
Rechtshänder ...Linkshänder

Grund des Besuchs

- schlechtes Sehen Anstrengungsbeschwerden Sehstörungen
 Empfehlung (Name, Adresse, Beruf).....
.....
..... Sonstiges.....

Vorgeschichte

- Waren Sie schon beim Augenarzt? Ja, am..... bei.....
Grund.....
Ergebnis.....
Messung bei erweiterter Pupille? Ja
Haben Sie schon eine Brille getragen? Ja, von..... bis.....
Haben Sie schon Kontaktlinsen getragen? Ja, von..... bis.....
Wurden Sie als Kind in der Sehschule behandelt? Ja, von..... bis.....
Wurde schon einmal ein Auge / Glas abgeklebt? Ja, von..... bis.....
Wurden Sie an den Augen operiert? Ja, wegen..... im Jahre.....
Wurde bei Ihnen eine Legasthenie festgestellt? Ja

Hauptbeschwerden

Kopfschmerzen

- selten häufigmal pro Woche, zu bestimmten Zeiten
 frontal schläfenwärts migräneartig
 oft schon morgens nachts während des Tages zu-/ abnehmend

Probleme beim Lesen

- Buchstaben tanzen Weglassen von Endungen Wörter überspringen
 Zeilenwechsel schwierig Buchstaben sind unruhig Verwechselt Buchstaben
 Buchstaben verschwimmen Braucht Lineal / Finger Verrutscht in der Zeile
 Augen tränen Auffällige Kopfhaltung Verkürzter Leseabstand
 wird lesen anstrengender, je länger gelesen wird

Sonstige Beschwerden

Grobmotorische Probleme

Welche?.....

Feinmotorische Probleme (z.B. beim Ausmalen, Ausschneiden, Basteln etc.)

Welche?.....

Implantate

Welche?.....

Sprachprobleme

Welche?.....

Ohrenprobleme

Welche?.....

Augenprobleme

- Lichtempfindlichkeit
- Tränen
- Brennen
- Augenreiben
- Stirnrunzeln
- Unschärfe bei Distanzwechsel
- blinzeln
- Schmerzen oder Druckgefühl um die Augen nach dem Lesen
- Doppelbilder

Anstrengung / Ermüdung

- rasche Ermüdung
- Augendruck
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Augenbrennen

Krabbeln

Mit welchem Alter?..... Wie lange?.....

Voruntersuchung

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein ? Ja,welche?

Welche Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel etc. haben Sie in den letzten Jahren bekommen?

Ich stimme den DSGVO von der ENWAKO GmbH zu. (www.ENWAKO.de PDF: DSGVO ENWAKO GmbH)

Bitte Brillenpass der aktuellen Brille mitbringen.

Einverständnis für die Messungen

Ort und Datum..... Unterschrift.....