

Screening Refraktive Chirurgie

Name: Vorname:

Geburtsdatum:/Alter:

Adresse:

Handynummer:

Beruf:

Hobbys:

Wie viel Prozent nutzen Sie die jeweiligen Bereiche am Tag?

Ferne:% Mittlere Distanz (60-80cm):% Nähe (40cm):%

Wie oft fahren Sie bei Dämmerung Auto? Viel Wenig bis gar nicht

Wie sind Ihre Brillenwerte?

Rechts Sphäre..... Zylinder..... Achse.....°

Links Sphäre..... Zylinder..... Achse.....°

Tragen Sie Kontaktlinsen? Nein Weiche Harte

Wurden Sie bereits an Ihren Augen operiert? Nein Ja

Wenn Ja, was wurde gemacht?.....

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja

Nehmen Sie Hormone (z.B. Antibabypille)? Nein Ja

Nehmen Sie Cortison? Nein Ja

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben korrekt sind!

.....

Datum, Unterschrift