

## Fragebogen für Erwachsene

Name: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Aktuelle Situation:

Wie machen sich bei Ihnen visuelle Wahrnehmungsprobleme bemerkbar?

---



---



---

Bitte beurteilen Sie, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

### Allgemeinbefinden:

Ich...	ja	nein	manchmal	weiß nicht
muss oft blinzeln oder meine Augen reiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kneife die Augen zusammen oder schließe ein Auge, um besser zu sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe oft trockene, brennende oder gerötete Augen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schaue bei Müdigkeit nicht mehr mit beiden Augen geradeaus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leide häufig unter Kopfschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe oft Verspannungen im Nacken/Schulterbereich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fühle mich oft schwindlig oder allgemein unwohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
werde schnell müde, vor allem bei Tätigkeiten in der Nähe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe Schwierigkeiten, mich ausdauernd zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann schlecht einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wache nachts häufig auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leide beim Bus- oder Autofahren unter Übelkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann morgens schlechter sehen als später am Tag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Beim Lesen und am Computer:

Ich...	ja	nein	manchmal	weiß nicht
nehme beim Lesen einen sehr kurzen Abstand ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
halte beim Lesen den Kopf oder den Text schräg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lese nur ungern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lese gern und ausdauernd im Bett und vor dem Einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
werde beim Lesen schnell müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verliere beim Lesen die Zeile, nehme als Unterstützung z.B. den Finger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann mir schlecht vorstellen/merken, was ich gerade gelesen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehe Zeilen oder Buchstaben zeitweise doppelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehe Zeilen oder Buchstaben zeitweise verschwommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe Schwierigkeiten, von nah auf fern umzustellen oder umgekehrt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
empfinde mein seitliches Blickfeld manchmal als kleiner oder unscharf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finde Computerarbeit anstrengend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe Schwierigkeiten, beim Blickwechsel zwischen Tastatur/Vorlage und Bildschirm die richtige Stelle wiederzufinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehe den Bildschirm oder die Vorlage zeitweise verschwommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Beim Autofahren und im Straßenverkehr:

Finden Sie sich in den folgenden Aussagen wieder?	ja	nein	manchmal	weiß nicht
Ich habe beim Einparken Schwierigkeiten, die Abstände abzuschätzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir allgemein schwer, Entfernungen richtig einzuschätzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitfahrer meinen, ich würde zu weit links oder rechts fahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist für mich schwierig, etwas schnell im Rückspiegel zu erfassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Dämmerung/im Dunkeln fühle ich mich unsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fahre nachts ungern Auto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheinwerfer blenden mich stark (auch wenn es nicht regnet).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Straßenschilder erkenne ich erst spät.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, mich in Straßenkarten zurechtzufinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemein habe ich Orientierungsprobleme. Ich verlaufe/verfahre mich oft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sonstiges

Ich...	ja	nein	manchmal	weiß nicht
mag nicht schaukeln und Karussell fahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bin unsicher beim Bälle fangen und werfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fühle mich ängstlich bei Höhenunterschieden, steige ungern auf Leitern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stolpere häufig, stoße mich oder werfe etwas um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ein schlechtes Zeitgefühl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suche dauernd etwas, das „vor der Nase liegt“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verwechsle Rechts und Links.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bin eher ungeschickt mit Werkzeugen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlafe oft vor dem Fernseher ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie zum Schluss noch folgende Fragen:

Sind Sie Rechts- oder Linkshänder? \_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits augenärztlich untersucht? Wenn ja, von wem?  
 \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ Mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche?  
 \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mühe!  
 Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

### Kontakt:

Sehtüchtig. Praxis für Visualtraining  
 Marlies Mahnke  
 Op de Lohe 17  
 25482 Appen

Telefon: 04101 - 3730190  
 Fax: 04101 - 3730191  
 Mobil: 0176 - 96647303  
 mailto: [info@sehtuechtig.com](mailto:info@sehtuechtig.com)