

Patientenetikette

Fragebogen: Individuelle Sehgewohnheiten und Wünsche

1. Tragen Sie eine Sehhilfe? Ja Nein

Wenn ja, welche Sehhilfe/n tragen Sie? Brille Kontaktlinsen

Für welche Tätigkeiten benötigen Sie eine Sehhilfe? (Mehrfachnennungen möglich)

Autofahren

PC-Arbeit

Lesen/Schreiben

Handy

Lesen der Preisschilder beim Einkaufen

Handarbeiten

Anderes: _____

2. Welchen Beruf üben Sie aus? / Welchen Beruf haben Sie früher ausgeübt?

3. Welche Hobbys üben Sie regelmässig aus? (Mehrfachnennungen möglich)

Lesen

PC-Arbeit

Malen

Jagen

Fernsehen

Kochen

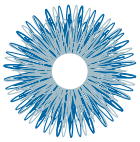
Golf

Shopping

Velofahren

Handarbeiten

Anderes: _____



4. Fahren Sie regelmässig Auto?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und wie häufig fahren Sie Auto?

Am Tag:

Häufig

Gelegentlich

Selten

In der Nacht:

Häufig

Gelegentlich

Selten

5. Arbeiten Sie täglich mehr als 3 Stunden am Computer?

Häufig

Gelegentlich

Nie

6. Wie wichtig ist es Ihnen, im Alltag keine Brille tragen zu müssen?

Wichtig

Unwichtig

7. Möchten Sie nach einer Operation des Grauen Stars ohne Brille lesen können?

Ja

Nein

8. Wie schätzen Sie sich selber ein?

Bitte notieren Sie auf der nachfolgenden Skala an der Stelle ein «X», die Ihrer Persönlichkeit am ehesten entspricht:



Vielen herzlichen Dank für Ihre Angaben!