Augenblicklich gut beraten

Fragebogen bei Schleudertrauma/Schädel-Hirntrauma

Name:…… Vorname:…….. Geb. Datum:……

Adresse:……...PLZ/Ort:…… Tel:.....

E-Mail:……@.....

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen fertig ausgefüllt und unterschrieben zur ersten Messung bei AugenoptiKeller in Schwyz mit. Machen Sie bitte bei jeder Frage mindestens ein Kreuz, auch mehrere Kreuze sind möglich.

1. Unfallhergang:

Welche Art von Unfall löste bei Ihnen die Probleme aus?

❑ Autounfall ❑ Motorradunfall ❑ Velounfall ❑ Sportunfall
❑ Arbeitsunfall ❑ andere

Beschreiben Sie bitte kurz den Unfallhergang

Datum: ……..

……

……

……

……

……

2. Welche Untersuchungen wurden auf Grund des Unfalles bereits gemacht?

❑ MRI ❑ Computer Tomogramm ❑ Röntgen ❑ Hausarzt ❑ Spezialarzt
❑ Neurologe ❑ Psychiater/Psychologe ❑ Naturheilarzt

Welche ärztlichen Diagnosen wurden bei Ihnen bisher gestellt?

……

3. Bestehen bei Ihnen körperliche Einschränkungen / Behinderungen?

❑ Lähmungen ❑ Prothesen ❑ Missbildungen ❑ andere: ……....…….

Wenn ja, welche: …….……...

AugenoptiKeller Brillen und Contactlinsen-Praxis AG
Inhaber: Roger Borner & Pascal Odermatt Optometristen
Steistegstrasse 7, 6430 Schwyz
+ 41 41 811 77 79
info@augenoptikeller.ch
www.augenoptikeller.ch

ZERTIFIZIERT Gesundheitsoptik

Augenblicklich gut beraten

4. Welche Therapien oder Behandlungen wurden auf Grund des Unfalles bereits gemacht, oder werden im Moment gemacht? Unterstreichen Sie die noch laufenden Therapien zusätzlich.
❑ Physiotherapie ❑ Osteopathie ❑ Manualtherapie ❑ Chiropraktik
❑ Kraniosacraltherapie ❑ Kinesiologie ❑ Massage ❑ Ergotherapie
❑ Homöopathie ❑ Psychotherapie ❑ Trauma - Therapie ❑ Akupunktur
❑ Hypnose ❑ andere: ……..……..

5. Fühlen Sie sich in Ihrer Arbeitsfähigkeit hinsichtlich der derzeit ausgeübten Tätigkeit eingeschränkt?
❑ Nein ❑ Ja.
Wenn ja, welche Tätigkeit/en fallen Ihnen besonders schwer?
……
……

Können Sie diese Einschränkungen im Gesamten an Hand einer Skala von 1 bis 10 bewerten?
Skalierung: …… oder Bewertung nicht möglich. (1 = geringfügig, 10 = arbeitsunfähig)

Wurde Ihnen eine Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt attestiert?
❑ Nein ❑ Ja
Wenn ja, zu welcher Prozentzahl? ……%

6. Welches ist Ihre derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit?
……..…….……

7. Wurden Sie schon einmal von einem Augenarzt untersucht?
❑ Nein ❑ Ja, das letzte Mal am …….. von Dr. ……. in……..…...…….

8. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?
❑ Nein ❑ Ja ❑ nur für die Ferne ❑ nur zum Lesen ❑ immer

Wann haben Sie Ihre erste Brille/Kontaktlinsen bekommen? ……Jahr

Wann wurden Ihre Augen das letzte Mal untersucht?
Datum: ……. Und von welcher Fachperson wurde die Untersuchung durchgeführt? ❑ Augenarzt ❑ Augenoptiker

9. Haben Sie schon einmal eine Sehschule besucht?
❑ Nein ❑ Ja ❑ ein Auge wurde zeitweise abgeklebt
Wann: Von …… bis ……

Augenblicklich gut beraten

10. Hatten Sie schon Operationen, starke Entzündungen oder Verletzungen an Ihren Augen?
❑ Nein ❑ Ja und zwar folgende:

……

……

11. Befinden Sie sich momentan in augenärztlicher Behandlung?
❑ Nein ❑ Ja

12. Nehmen Sie momentan Medikamente ein?
❑ Nein ❑ Ja, und zwar folgende: ……..……..

13. Nehmen Sie momentan homöopathische oder pflanzliche Mittel ein?
❑ Nein ❑ Ja, und zwar folgende: ……..……..

14. Nehmen Sie momentan Vitamine/Spurenelemente oder Nahrungsergänzungen ein?
❑ Nein ❑ Ja, und zwar folgende: ……..……..

15. Haben Sie Kopfschmerzen?
❑ Nein ❑ Ja

Wenn ja, wie oft? ❑ täglich ❑ 1-4 x in der Woche ❑ 1 x im Monat ❑ weniger

Wo sind die Schmerzen? ❑ Stirnbereich ❑ Schläfen rechts ❑ Schläfen links
❑ Hinterkopf ❑ Scheitel ❑ hinter den Augen

Wann treten die Schmerzen auf? ❑ Morgens ❑ Abends ❑ nur bei Stress
❑ nur am Wochenende oder in den Ferien ❑ ganz unterschiedlich

16. Haben Sie Migräne?
❑ Nein ❑ Ja

Wenn ja, wie oft? ❑ täglich ❑ 1-4x in der Woche ❑ 1x im Monat ❑ weniger

Mit Aura (Sehstörungen vor den Kopfschmerzen)? ❑ Nein ❑ Ja

Mit Übelkeit und Übergeben? ❑ Nein ❑ Ja

Mit ausgeprägter Lichtempfindlichkeit? ❑ Nein ❑ Ja

AugenoptiKeller Brillen und Contactlinsen-Praxis AG
Inhaber: Roger Borner & Pascal Odermatt Optometristen
Steistegstrasse 7, 6430 Schwyz
+ 41 41 811 77 79
info@augenoptikeller.ch
www.augenoptikeller.ch

ZERTIFIZIERT Gesundheitsoptik

Augenblicklich gut beraten

17. Wie würden Sie Ihre Sehfähigkeit in die Ferne (weiter als 4m) mit ihrer aktuellen Brille/Kontaktlinsen beschreiben?
❑ deutlich ❑ unscharf ❑ schwankend ❑ unruhig / tanzend ❑ Doppelbilder

Wie würden Sie Ihre Sehfähigkeit in die Ferne (weiter als 4m) ohne ihre aktuelle Brille/Kontaktlinsen beschreiben?
❑ deutlich ❑ unscharf ❑ schwankend ❑ unruhig / tanzend ❑ Doppelbilder

Wie würden Sie Ihre Sehfähigkeit in die Nähe (Lesen, Schreiben und Computer)
mit ihrer aktuellen Brille/Kontaktlinsen beschreiben?
❑ deutlich ❑ unscharf ❑ schwankend ❑ unruhig / tanzend ❑ Doppelbilder

Wie würden Sie Ihre Sehfähigkeit in die Nähe (Lesen, Schreiben und Computer)
ohne ihre aktuelle Brille/Kontaktlinsen beschreiben?
❑ deutlich ❑ unscharf ❑ schwankend ❑ unruhig / tanzend ❑ Doppelbilder

18. Werden Sie schnell müde oder bekommen Sie Kopf- oder Augenschmerzen beim:
❑ Lesen ❑ Schreiben ❑ Computerarbeit ❑ Fernsehen ❑ Autofahren

19. Haben Sie manchmal Augenschmerzen?
Wie würden Sie diese beschreiben: ❑ Druck ❑ Stechen

Haben Sie Schmerzen wenn Sie Ihre Augen bewegen?
❑ Nein ❑ Ja, wenn ich nach ❑ rechts ❑ links ❑ oben ❑ unten
❑ in die Nähe schaue

20. Sind Sie Lichtempfindlich?
❑ Nein ❑ Ja

Wenn ja, wo? ❑ Im Freien nur bei schönem Wetter ❑ Im Freien immer
❑ bei künstlicher Beleuchtung z.B. Einkaufscenter

21. Sehen Sie Dinge (Gegenstände, Personen usw.) manchmal nicht oder später als andere Personen?
❑ Nein ❑ Ja

Verschwinden beim Lesen Buchstaben oder ganze Wörter?
❑ Nein ❑ Ja

22. Leiden Sie unter Gleichgewichts und/oder Bewegungsstörungen?
❑ Nein ❑ Ja

Wenn ja, dann Beschreiben Sie bitte kurz die Störungen:

……

……

……

Augenblicklich gut beraten

23. Welche Körperhaltung ist Ihnen am bequemsten?
❑ stehen ❑ laufen ❑ rennen ❑ drehen ❑ tanzen ❑ sitzen ❑ liegen

In welcher Körperhaltung haben Sie am wenigsten Schmerzen?
❑ stehen ❑ laufen ❑ rennen ❑ drehen ❑ tanzen ❑ sitzen ❑ liegen

24. Wie würden Sie Ihren Schlaf bezeichnen?
❑ gut ❑ schlecht ❑ zu kurz ❑ mühe am Morgen aufzustehen ❑ tief
❑ oberflächlich ❑ unruhig

Wie würden Sie Ihren Schlafrhythmus bezeichnen?
❑ Durchschlafen ❑ häufiges Erwachen
❑ 1 Schlafphase in 24 Stunden ❑ mehrere Schlafphasen in 24 Stunden
❑ ich schlafe meistens in der Nacht ❑ ich schlafe vor allem am Tag

Welche Schlafgewohnheiten haben Sie?
❑ Ich brauche Licht zum Einschlafen ❑ Ich brauche Licht zum Schlafen
❑ Ich brauche Musik zum Einschlafen ❑ Ich brauche Musik zum Schlafen
❑ Ich muss etwas halten zum Einschlafen / Schlafen
❑ Andere Gewohnheiten: ……..……..……..…….

25. Leiden Sie an psychosomatischen Störungen (Probleme ohne bekannte Ursache?
❑ Nein
❑ Bauchschmerzen ❑ Verdauungsprobleme ❑ Essstörungen
❑ Andere: ……..…….……..

26. Haben Sie seit dem Unfall neue oder andere Hobbys / Aktivitäten begonnen?
❑ Nein ❑ Ja, und zwar …….…….

27. Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen?
❑ Nein ❑ Ja

28. Haben Sie seit dem Unfall psychische Probleme?
❑ Nein ❑ Ja

Wenn ja, welche? ❑ Depressionen ❑ Manisch-depressiv ❑ Alpträume
❑ Ängste ❑ Stimmen hören ❑ Halluzinationen ❑ Schizophrenie ❑ Burn-out
❑ Borderline-Störung ❑ Andere

AugenoptiKeller Brillen und Contactlinsen-Praxis AG
Inhaber: Roger Borner & Pascal Odermatt Optometristen
Steistegstrasse 7, 6430 Schwyz
+ 41 41 811 77 79
info@augenoptikeller.ch
www.augenoptikeller.ch

ZERTIFIZIERT Gesundheitsoptik

Augenblicklich gut beraten

Zusätzliche Bemerkungen:
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Bringen Sie bitte eine Kopie aller bisherigen Untersuchungs- oder Abklärungsberichte zur ersten Messung mit.

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass bei mir alle notwendigen optometrischen Messungen durchgeführt werden dürfen:

Ort, Datum: ……, …….. Unterschrift: ……....

AugenoptiKeller Brillen und Contactlinsen-Praxis AG
Inhaber: Roger Borner & Pascal Odermatt Optometristen
Steistegstrasse 7, 6430 Schwyz
+ 41 41 811 77 79
info@augenoptikeller.ch
www.augenoptikeller.ch

ZERTIFIZIERT
Gesundheitsoptik