

IHR PERSÖNLICHES DAVANZO-SEHPROFIL

FÜR DIE PERFEKTE BERATUNG



Name:	Vorname:
-------	----------

PC / BILDSCHIRM

Wieviele Stunden pro Tag verbringen Sie am PC oder Bildschirm?

- 0-1 Stunden
1-3 Stunden
mehr als 3 Stunden

Welche Entfernung?

- 30 - 40 cm
40 - 80 cm
80 - 120 cm

Stunden / Tag Tage / Woche

BERUF / ARBEIT

Welche Sehentfernungen sind für Sie am Arbeitsplatz wichtig?

- Nahbereich 30 - 40 cm
Zwischenbereich 40 - 120 cm
Fernbereich über 120 cm

- Augenhöhe Schreibtisch
über Kopf Werkbank

sonstiges _____

Stunden / Tag Tage / Woche

ALLTAG / FREIZEIT

Welche Sehentfernungen sind für Sie in Ihrer Freizeit wichtig?

- Nahbereich 30 - 40 cm
Zwischenbereich 40 - 120 cm
Fernbereich über 120 cm

- Augenhöhe Schreibtisch
über Kopf Werkbank

sonstiges _____

Stunden / Tag Tage / Woche

NÄHE / NAHKOMFORT

In welchen Bereichen lesen Sie?

- Buch / Zeitung
Computer / Laptop
Handy / Smartphone
Auto / Navi
Einkaufen / Preise
Schreibtisch

Stunden / Tag Tage / Woche

UV- / LICHTSCHUTZ

Tragen Sie eine Sonnenbrille in Ihrer Sehstärke?

- Ja Nein

Sind in Ihrer Familie Fälle von Grauem Star (Katarakt) oder Grünem Star (Glaukom) bekannt?

- Ja Nein

Stunden / Tag Tage / Woche

AUTO

Wo und wie oft fahren Sie Auto?

- gar nicht / kaum
mehrmals wöchentlich
täglich
im Ausland

Fahren Sie häufiger in der Dämmerung / Dunkelheit?

- Ja Nein

Stunden / Tag Tage / Woche

SPORT

Tragen Sie beim Sport eine Brille oder Kontaktlinsen?

- Brille Kontaktlinsen

Welche Sportarten üben Sie aus?

- Radfahren Ski/Snowboard
Wandern Golf
Tennis Wassersport

sonstiges _____

Stunden / Tag Tage / Woche

KONTAKTLINSEN

Haben Sie Erfahrung mit Kontaktlinsen?

- Ja Nein

Welche Art von Kontaktlinsen tragen Sie?

- Tageslinsen Wochenlinsen
Monatslinsen Jahreslinsen
harte Linsen Multifokallinsen

Stunden / Tag Tage / Woche