

Spannen Ihre Kopfschmerzen Sie auch auf die Folter?

Wenn Sie einen ersten Hinweis auf eine mögliche **Winkelfehlsichtigkeit** erhalten möchten, testen Sie hier im **Sofort-Check**, ob bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Befindlichkeiten vorliegen:

Datum

Name

Vorname

Geburtsdatum

Hinweise auf Winkelfehlsichtigkeit:

	ja	wenig	nein	Bemerkungen
Liegt bei Ihnen eine Diabetes vor?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▶ Wenn ja, treten sie regelmäßig auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▶ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente dagegen ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▶ Wenn ja, wie häufig tritt sie auf?				
Sind Sie lichtempfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blenden Sie nachts entgegenkommende Fahrzeuge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Empfinden Sie Ihr räumliches Sehen als gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sehen Sie zeitweise verschwommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie zeitweise oder dauerhaft Doppelsehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Augenbrennen oder -tränen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Schwindel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Magenbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Nackenbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Bandscheibenbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▶ Wenn ja, in welchem Bereich?				
Tragen Sie Schuheinlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Knie-Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie chronisch müde, antriebslos, oder wenig belastbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie häufig "müde Augen"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Strengt Sie Arbeit im Nahbereich an, z.B. Lesen, und ermüden Sie dabei rasch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Empfinden Sie die Arbeit am PC als anstrengend und ermüden Sie dabei rasch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gab es bei Ihnen Augenoperationen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
▶ Wenn ja, welche?				

Weitere mir bekannte Beschwerden:

Ein Service von



