

## Anamnesebogen für die visuelle Analyse für Erwachsene

Um einen möglichst kompletten Eindruck Ihres visuellen Problems zu bekommen, bitten wir Sie, die nachstehende Frageliste so vollständig wie möglich auszufüllen bzw. zu beantworten. Bei eventuellen Unklarheiten stehen wir anschließend selbstverständlich gerne zu Verfügung.

### Persönliche Angaben

Name

Geburtsdatum

Straße / Nummer

PLZ / Wohnort

Beruf

Telefon

E-Mail

### Von wem wurden Sie überwiesen? / Wer hat uns empfohlen?

überweisender Arzt

Empfehlung von

### Jetzige Situation: In welcher Hinsicht macht sich das Sehproblem bemerkbar?

Beschreibung

### Haben Sie oder andere Personen folgendes beobachtet?:

Beobachtung	Einschätzung der Beobachtung			
	ja	nein	manchmal	ich weiß nicht
Mein Lese- / Schreibabstand ist recht kurz (unter 35 cm).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ich muss ein Buch / Blatt dicht an die Augen führen, um gut lesen zu können.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Den Kopf oder das Buch/Blatt halte ich beim Lesen / Schreiben lieber schräg.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beim Lesen benutze ich gern einen Finger / ein Lineal o.ä.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lesen ist für mich anstrengend / ermüdend (nur wenige Seiten lesbar).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Texte muss ich mehrfach lesen, um den Inhalt zu verstehen.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Buchstaben / Wörter verschwimmen öfter oder tanzen vor den Augen.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Buchstaben erscheinen zeitweise doppelt.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ich habe Schwierigkeiten von nah auf fern umzustellen (oder umgekehrt).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Im Gespräch halte ich den Kopf leicht schief.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mein seitliches Blickfeld erscheint zeitweise eingeschränkt / enger.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Wurden Sie bereits augenärztlich untersucht?

von wem?:

wann?  Mit welchem Ergebnis?

**Hat oder hatte jemand in der Familie (ev. Eltern / Großeltern) Augenprobleme?**

ja

wer?:

nein

Welcher Art sind oder waren die visuellen Probleme?

**Sind Sie derzeit in ärztlicher/augenärztlicher Behandlung?**

ja

bei wem?:

nein

**Bekommen Sie derzeit Medikamente?**

ja

welche?:

nein

**Allgemeines Empfinden**

Empfindung	Einschätzung			
	ja	nein	manchmal	ich weiß nicht
Schauen die Augen auch bei Müdigkeit immer geradeaus?				
Ein Auge dreht weg – rechtes / linkes Auge – nach – innen / außen.				
Ich muss öfter die Augen reiben.				
Meine Augen brennen oder jucken beim Nahsehen.				
Ausdauernde Konzentration fällt mir schwer.				
Ich habe oft trockene, gereizte oder gerötete Augen.				
Meine Augen tränen leicht oder sind wässrig.				
Ich muss häufig blinzeln (alle paar Sekunden).				
Um besser zu sehen, kneife ich gern die Augen zusammen.				
Ich bin relativ lichtempfindlich, auch bei normalem Raumlicht.				
Bei bestimmten Sehaufgaben schließe ich lieber ein Auge zur Erleichterung.				
Ich fahre ungern Karussell/Schiffschaukel o.ä.				
Beim Autofahren/Busfahren wird mir leicht übel.				
Ich habe öfter Schmerzen (Druck/Zug) um die Augen / in den Augenhöhlen.				
Ich leide oft unter Kopfschmerzen über der Stirn oder im Schläfenbereich.				
Ich habe öfter Migräneanfälle.				
Mein Nacken / Schulterbereich ist häufig verspannt und schmerzt.				

**Sind Sie Rechtshänder oder Linkshänder?**

Linkshänder

Rechtshänder

**In welchem Alter sind Sie erstmals gelaufen?**

**Sind Sie als Baby richtig gekrabbelt ...**

ja

nein

**... oder haben Sie sich im Vierfüßerstand fortbewegt?**

ja

nein

**Können Sie allgemein gut einschlafen?**

ja

nein

**Wachen Sie zwischendurch immer mal auf?**

ja

nein

**Gibt es irgendwelche Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen oder Erbkrankheiten?:**

**So dies und das: Folgende Situation passiert mir öfter.**

Situation	Einschätzung			
	ja	nein	manchmal	ich weiß nicht
Ich verwechsle leicht rechts und links.				
Ich werfe leicht etwas um.				
Ich stolpere; ecke öfter mal an; bleibe irgendwo hängen.				
Ich schütte beim Eingießen öfter über oder sogar daneben.				
Ich suche häufig etwas, das vor der Nase liegt				
Ich kann mir schlecht etwas merken.				
Ich muss Gebrauchsanweisungen mehrmals lesen um sie zu verstehen.				
Ich lese gern und ausdauernd im Bett.				
Morgens nach dem Aufstehen sehe ich zeitweilig verschwommen.				
Ich kann früh meine Zeitung schlechter lesen als gegen Mittag.				
Ich habe Probleme meine Armbanduhr abzulesen, speziell den Kalender.				
Ich bin eher ungeschickt mit Werkzeug (Hammer, Schraubendreher usw.).				
Ich habe Probleme eine Nadel einzufädeln (Nadelöhr treffen).				
Ich leide an Höhenproblemen, meide Abhänge.				
Ich laufe unsicher auf unebenen Boden (z.B. Waldboden).				
Ich habe allgemein ein schlechtes Zeitgefühl				
Ich bin unsicher beim Treppensteigen / Leitersteigen.				
Ich bin unsicher beim Bälle fangen / werfen.				
Fernsehen ermüdet mich, ich schlafe leicht dabei ein.				
Computerarbeit strengt mich an.				
Der Bildschirm erscheint zeitweise unscharf.				
Das Manuskript / die Tastatur verschwimmen öfter.				
Der Blickwechsel vom Manuskript zum Monitor erscheint mir verzögert scharf.				

### Auto und Straßenverkehr – fallen Ihnen folgende Situationen schwer?

Situation	Einschätzung			
	ja	nein	manchmal	ich weiß nicht
Ich habe Schwierigkeiten im Rückspiegel schnell etwas zu erfassen / zu erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitfahrer meinen, ich halte schlecht die Straßenmitte ein (zu weit rechts / links).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Einparken stelle ich hinterher oft falsche Abstände fest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entfernungen einzuschätzen fällt mir allgemein schwer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überholvorgänge mache ich eher ungern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei beginnender Dämmerung werde ich unsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fahre nachts allgemein nicht gerne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachts habe ich Blendungsprobleme (auch ohne Regen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheinwerfer erscheinen mir manchmal doppelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Mitfahrer wird mir leicht übel (Auto / Bus).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mich in Straßenkarten zu orientieren fällt mir schwer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir allgemein schwer, mich irgendwo zurechtzufinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bremsen oft sehr früh / eher knapp (sagen meine Mitfahrer).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Straßenschilder erkenne ich erst relativ spät gegenüber manchen Mitfahrern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Tacho während der Fahrt abzulesen bereitet mir Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Vielen Dank!

Datum

Unterschrift

*Hinweis zum Datenschutz:* Die hier erhobenen Daten werden ausschließlich zur vollständigen Anamnese für eine Beratung durch einen Mitarbeiter von Janine Flor Augenoptik erhoben und gespeichert. Die Daten werden grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben. **Bitte beachten Sie dazu auch die angefügte Datenschutzerklärung.**

## Datenschutz-Einverständniserklärung

Gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DGS-VO) sind wir; Janine Flor Augenoptik, verpflichtet, Sie zu informieren, dass wir von Ihnen personenbezogene Daten verarbeiten.

Im Rahmen der Versorgung werden wir von Ihnen Daten für die Erfüllung und Abwicklung eines Vertrages gemäß Art. 6 DSGVO, aus Gründen der Gesundheitsvorsorge gemäß § 22 Abs. 1 Nr. 1b BDSG-neu, für Werbemaßnahmen gemäß Art. 21 Abs. 2 DSGVO verarbeiten und dabei für folgende Zeiträume speichern: zwei Jahre (aufgrund der gesetzlichen Gewährleistung), fünf Jahre (nach den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes), zehn Jahre (analog § 10 Abs. 3 Musterberufsordnung der Ärztinnen und Ärzte) und zehn Jahre (aufgrund steuerlicher Vorgaben).

Folgende Daten werden verarbeitet: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Refraktionswerte, Anamnesen und Ergebnisse der Bedarfsanalyse, sowie alle Auftragsdaten die wir für die Bestellung und Fertigung der Sehilfen benötigen.

Krankenkasse, Versicherungsnummer, privat geleistete Zuzahlungen übermitteln wir an Ihre Krankenkasse und an Abrechnungszentren. Sollten Sie mit der Übermittlung nicht einverstanden sein, so verlieren Sie aufgrund gesetzlicher Bestimmungen Ihren Anspruch auf Versorgung zu Lasten Ihrer Krankenkasse.

Namen und Refraktionswerte werden zu Bestellzwecken an den Glas- bzw. Kontaktlinsenanbieter weitergegeben.

Diese werden diese Daten verwenden, um Produkte und Dienstleistungen (z.B. eine Kundenkarte) sowie auf Wunsch individualisierte Informationen zur Verfügung stellen zu können; um Sie als Endverbraucher identifizieren zu können; um die Qualität der Produkte und Dienstleistungen zu verbessern; zur Erfüllung gesetzlicher Vorschriften wie z. B. zur Betrugs- und Geldwäscheprävention. Diese Nutzung erfolgt nur, soweit dies erforderlich und rechtlich zulässig ist.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bei einer Geschäftsumwandlung oder einer Unternehmensveräußerung an den Nachfolger übertragen werden können. Hierzu erhalte ich im Bedarfsfall eine Nachricht und das Recht auf Widerspruch.

Außerdem übermitteln wir Adress- und Auftragsdaten an unsere Innung bei Rückfragen zu Abrechnungsdaten, an Kontaktlinsenhersteller zur individuellen Linsenfertigung und -beratung, an unseren Steuerberater und an die Werbeagentur zur Vorbereitung individueller Beratung.

Zum Zwecke einer guten Sehberatung und Verlaufskontrolle werden wir Ihre Daten auch über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus speichern.

Sie haben das Recht, von uns Auskunft über die über Sie gespeicherten und verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Wenn Sie dies wünschen, löschen wir alle bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten von Ihnen, es sei denn, wir sind gesetzlich verpflichtet, die Daten für einen bestimmten Zeitraum zu speichern. Sollten wir personenbezogene Daten von Ihnen gespeichert haben, die inhaltlich nicht zutreffend sind, so ändern wir diese entsprechend. Wenn Sie dies wünschen, dann erhalten Sie per E-Mail eine Kopie der bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten in einem gängigen Dateiformat. Weiter steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu. Zudem können Sie jederzeit unseren Datenschutzbeauftragten unter [info@janine-flor.de](mailto:info@janine-flor.de) kontaktieren.

## Einwilligungserklärung

Janine Flor Augenoptik bietet seinen Kunden eine umfassende Beratung und Betreuung rund um die Themen Optik, Optometrie, Brillen und Kontaktlinsen.

Um diese Beratung auch über den Zweck des jeweiligen Auftrages hinaus in allen Fragen zu diesen Themen zu ermöglichen, bin ich damit einverstanden, dass die von Janine Flor Augenoptik über mich und meine Sehilfen gespeicherten Daten auch dazu genutzt werden können, um mich auf folgenden Wegen über Sonderaktionen, Preisvorteile und Neuigkeiten zu informieren.

Post  E-Mail  Telefon  SMS

Einwilligung erteilt

Mir ist dabei klar, dass diese Einwilligungen freiwillig und jederzeit widerruflich sind. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Nach erfolgtem Widerruf werde ich keine Mitteilungen oder Informationen oder nur noch auf bestimmten Übermittlungswegen erhalten. Die vom Widerruf betroffenen Daten werden unverzüglich gelöscht. Der Widerruf ist schriftlich oder per E-Mail zu richten an:

Janine Flor Augenoptik, [info@janine-flor.de](mailto:info@janine-flor.de) oder unseren Datenschutzbeauftragten. Die angegebenen Daten werden entsprechend den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung ausschließlich für die angegebenen Zwecke gespeichert, verarbeitet und genutzt.

---

Unterschrift Kunde