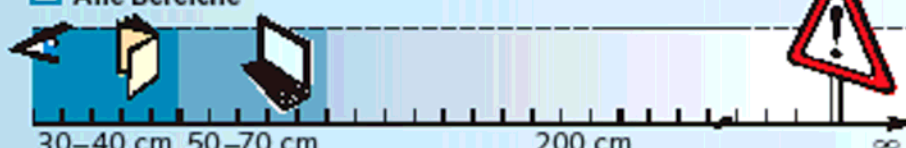


Linsenwahl – Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Steht Ihnen die Operation des grauen Stars bevor? Beim Eingriff wird Ihre natürliche Linse gegen eine Kunstlinse (Intraokularlinse) ausgetauscht. Die Wahl der für Sie geeigneten Kunstlinse ist eine wichtige Entscheidung. Ihr Augenarzt wird Sie gerne beraten und mit Ihnen die für Ihre Bedürfnisse beste Kunstlinse auswählen. Dafür bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Patientendaten	Name <input type="text"/> Jahrgang <input type="text"/> Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m															
1. Liegen Augen-erkrankungen bzw. Fehlsichtigkeiten bei Ihnen vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche <input type="text"/> <input type="text"/>															
2. Liegen sonstige Grunderkrankungen bei Ihnen vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche <input type="text"/> <input type="text"/>															
3. Welchen Beruf üben Sie aus?	<input type="text"/>															
4. Welche Hobbies oder sportliche Aktivitäten üben Sie regelmässig aus?	<input type="text"/> <input type="text"/>															
5. Fahren Sie regelmässig Auto?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>selten</th> <th>gelegentlich</th> <th>häufig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bei Tag</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bei Nacht</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		selten	gelegentlich	häufig	Bei Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	selten	gelegentlich	häufig													
Bei Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
Bei Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
6. Welcher Sehbereich ist für Sie besonders wichtig?	<input type="checkbox"/> Nähe, 30–40 cm (Lesen; Schminken; Handarbeiten) <input type="checkbox"/> Zwischenbereich, 50–70 cm (Arbeit am Computer; Rasieren) <input type="checkbox"/> Ferne, ab 80 cm (Autofahren; Fernsehen; Sport) <input type="checkbox"/> Alle Bereiche 															
7. Wie sehr stört Sie eine Brille?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>gar nicht</th> <th>manchmal</th> <th>häufig</th> <th>ständig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Im Arbeitsleben</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>In der Freizeit/ beim Hobby</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		gar nicht	manchmal	häufig	ständig	Im Arbeitsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In der Freizeit/ beim Hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gar nicht	manchmal	häufig	ständig												
Im Arbeitsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
In der Freizeit/ beim Hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
8. Wie wichtig ist es Ihnen, nach der Operation möglichst ohne Brille zu leben?	<input type="checkbox"/> Sehr wichtig <input type="checkbox"/> Wichtig <input type="checkbox"/> Weniger wichtig															