

Herr  Frau \_\_\_\_\_ Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## Fragen an den Kontaktlinsenträger

Haben Sie schon einmal Kontaktlinsen getragen?  nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

Wie zufrieden waren Sie mit diesen Linsen?  keine Angaben  sehr zufrieden  zufrieden  
 unzufrieden, aus folgendem Grund: \_\_\_\_\_

Tätigkeit/Hobbys/Sauna/Sportarten \_\_\_\_\_

Halten Sie sich in staubiger Umgebung auf?  nie  gelegentlich  häufig

Arbeiten Sie am Computer?  nie  gelegentlich  häufig

Halten Sie sich in trockenen/klimatisierten Räumen auf?  nie  gelegentlich  häufig

Haben Sie gereizte/empfindliche Augen? (Trockenheit/Brennen/Jucken)  nie  gelegentlich  häufig

Haben Sie Allergien?  nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

Möchten Sie Ihre Kontaktlinsen während des Schlafens tragen?  nie  gelegentlich \_\_\_\_\_ mal pro Woche

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein?  nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

Möchten Sie gerne auf die tägliche Kontaktlinsenpflege verzichten?  ja  nein

Möchten Sie Ihre Augenfarbe verändern?  ja  nein

Wann werden Sie Ihre Kontaktlinsen voraussichtlich aufsetzen? Um: \_\_\_\_\_ Uhr

Wann werden Sie Ihre Kontaktlinsen voraussichtlich absetzen? Um: \_\_\_\_\_ Uhr Entspricht einer täglichen Tragezeit von ca. \_\_\_\_\_ Stunden

## Beurteilung des vorderen Augenabschnittes durch den Anpasser

Brillenrefraktion R: \_\_\_\_\_ L: \_\_\_\_\_

Sehschärfe / Visus R: \_\_\_\_\_ L: \_\_\_\_\_ bin: \_\_\_\_\_

Tränenmeniskus  < 0,2 mm  ca. 0,2 mm  > 0,2 mm

Tränenfilmqualität  wässrig  normal  ölig-viskös

Lidränder  unauffällig  Rötung  Meibomdrüsen-Dysfunktion

Hornhaut  unauffällig  minimale Stippen  Stippen

Vaskularisation/Gefäßneubildungen  unauffällig  vereinzelt  Gefäßneubildung

Bulbäre Bindehaut  unauffällig  leichte Rötung  starke Rötung

Lidbindehaut  unauffällig  leichte Rötung  starke Rötung

Gesamtbeurteilung für das Kontaktlinsentragen  optimal  gut  Kontaktlinsentragen eingeschränkt/ nicht möglich

## Kontaktlinsen-Empfehlung durch den Anpasser

Kontaktlinsenmaterial (Anforderung)  hohe Sauerstoffdurchlässigkeit  Ablagerungsresistenz  Feuchtigkeitsbindung

Kontaktlinsentyp  Ein-Tages-Kontaktlinse (z.B. DAILIES® Familie)  Monats-Kontaktlinse (z.B. AIR OPTIX® Familie)  konventionelle Kontaktlinse (z.B. formstabil/weich)

Produkttempfehlung \_\_\_\_\_

Tägliche empfohlene Tragezeit \_\_\_\_\_ Stunden

Pflegemittel  Wasserstoffperoxid-System  Ein-Flaschen-System  Kochsalzlösung

Produkttempfehlung \_\_\_\_\_

Zusätzliche Reinigung  nicht notwendig  empfohlen  
mit: \_\_\_\_\_

Zur Kenntnis genommen:

Ihr Kontaktlinsenanpasser

Unterschrift des Kontaktlinsenträgers