

Herr Frau _____

Datum: _____

Aussagen des Kontaktlinsenträgers

| | | | |
|---|--|--|---|
| Sehqualität mit der Kontaktlinse | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> akzeptabel | <input type="checkbox"/> nicht akzeptabel |
| Kontaktlinsen Handhabung | <input type="checkbox"/> einfach | <input type="checkbox"/> akzeptabel | <input type="checkbox"/> aufwändig |
| Tragezeiten | von _____ Uhr | bis _____ Uhr | dies entspricht _____ Stunden |
| verlängertes Tragen | Komfortable Tragezeit: _____ Stunden/Tag | | |
| Tragehäufigkeit | <input type="checkbox"/> gelegentlich über Nacht | <input type="checkbox"/> häufig über Nacht | _____ mal pro Woche über Nacht |
| Spontankomfort mit frischer Kontaktlinse | <input type="checkbox"/> täglich | _____ mal pro Woche | |
| Spontankomfort mit gereinigter Kontaktlinse | <input type="checkbox"/> sehr gut, nicht spürbar | <input type="checkbox"/> gut, gelegentlich spürbar | <input type="checkbox"/> unkomfortabel |
| Tragekomfort am Ende des Tages | <input type="checkbox"/> angenehm | <input type="checkbox"/> leichtes Brennen | <input type="checkbox"/> unangenehm |
| Gefühl nach Abnehmen der Kontaktlinse | <input type="checkbox"/> sehr gut, nicht spürbar | <input type="checkbox"/> gut, gelegentlich spürbar | <input type="checkbox"/> unkomfortabel |
| Persönlicher Gesamteindruck | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> leichter, nachlassender Reiz | <input type="checkbox"/> anhaltender Reiz |
| | <input type="checkbox"/> ausgezeichnet | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> akzeptabel | <input type="checkbox"/> nicht akzeptabel |

Beurteilung durch den Anpasser

| | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| Sehschärfe / Visus | Rechts: _____ | Links: _____ | binokular: _____ |
| Kontaktlinsenoberfläche | <input type="checkbox"/> einwandfrei | <input type="checkbox"/> Ablagerungen <input type="checkbox"/> verfärbt | <input type="checkbox"/> schlecht benetzt |
| | <input type="checkbox"/> Randdefekt | <input type="checkbox"/> zerkratzt <input type="checkbox"/> Riss | <input type="checkbox"/> nicht mehr tragbar |
| | Sonstiges: _____ | | |
| Kontaktlinsensitz | | | |
| Bewegung | <input type="checkbox"/> ideal | <input type="checkbox"/> zu beweglich, tolerierbar | <input type="checkbox"/> nicht tolerierbar |
| Zentrierung | <input type="checkbox"/> ideal | <input type="checkbox"/> leicht dezentriert, tolerierbar | <input type="checkbox"/> dezentriert, nicht tolerierbar |
| Lidränder | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> Rötung | <input type="checkbox"/> Meibomdrüsen-Dysfunktion |
| Hornhaut | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> minimale Stippen | <input type="checkbox"/> Stippen |
| Vaskularisation/Gefäßeinsprossungen | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> vereinzelt | <input type="checkbox"/> Gefäßneubildung |
| Bulbäre Bindehaut | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> leichte Rötung | <input type="checkbox"/> starke Rötung |
| Lidbindehaut | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> leichte Rötung | <input type="checkbox"/> starke Rötung |
| Gesamteindruck | <input type="checkbox"/> optimal | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> verbesserungsbedürftig |

Empfehlung

| | | | |
|-------------------------------|---|---|---|
| Kontaktlinsenaustausch | <input type="checkbox"/> nicht notwendig | <input type="checkbox"/> empfohlen | <input type="checkbox"/> erforderlich |
| Kontaktlinsen-Materialwechsel | <input type="checkbox"/> nicht notwendig | <input type="checkbox"/> empfohlen | <input type="checkbox"/> erforderlich |
| Erhöhung der Tauschfrequenz | <input type="checkbox"/> nicht notwendig | <input type="checkbox"/> empfohlen | <input type="checkbox"/> erforderlich |
| Pflegemittelwechsel | <input type="checkbox"/> nicht notwendig | <input type="checkbox"/> empfohlen | <input type="checkbox"/> erforderlich |
| | Wechsel auf: _____ | | |
| Bitte beachten! | <input type="checkbox"/> manuelle Reinigung | <input type="checkbox"/> regelmäßiger Behälterwechsel | <input type="checkbox"/> korrekte Anwendung des Pflegesystems |
| | <input type="checkbox"/> Tragepause | <input type="checkbox"/> max. Tragezeit _____ Stunden | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Nachbenetzung mit: _____ | | |

Nachkontrollen generell alle _____ Monate

Nächster Termin am _____ . _____ . _____

Zur Kenntnis genommen:

Ihr Kontaktlinsenanpasser

Unterschrift des Kontaktlinsenträgers