

■ Nehmen Sie Medikamente / Psychopharmaka ein?

☐ nein ☐ ja welche:

■ KOPFSCHMERZEN

☐ nie ☐ selten ☐ oft

☐ während des Tages zunehmend
☐ häufig schon morgens
☐ unregelmässig

☐ um die Augen ☐ Stirnpartie
☐ Schläfenpartie ☐ Hinterkopf
☐ nicht lokalisierbar

■ SCHMERZEN (DRUCK / ZUG) IN DEN AUGENHÖHLEN / UM DIE AUGEN HERUM

■ OFT BRENNENDE ODER TRÄNENDE AUGEN

☐ oft gerötete Augen (Bindehaut / Lidränder)

☐ Augenbrennen: ☐ nach Naharbeit
☐ nach Fernsehen / Kino etc.

■ SCHWIERIGKEITEN BEI NAHARBEIT

☐ Schrift verschwimmt, ist unruhig, Buchstaben tanzen
☐ Schwierigkeiten, beim Lesen Linien zu halten
☐ nicht lange lesen können
☐ nicht gut fixieren können
☐ schnelle Ermüdung bei Naharbeit

■ SCHWIERIGKEITEN, SCHNELL VON NÄHE ZU FERNE UMZUSTELLEN (ODER UMGEKEHRT)

■ SCHWIERIGKEITEN, ENTFERNUNGEN ZU SCHÄTZEN

■ SCHWIERIGKEITEN, SCHNELL BEWEGENDE OBJEKTE IN IHRER POSITION ZU ERFASSEN (BALLFANGEN)

■ HOHE LICHTEMPFINDLICHKEIT

☐ häufiges Tragen von Sonnenbrillen (auch bei nicht sehr hellem Licht)
☐ häufiges Schliessen eines Auges bei hellem Licht

■ GELEGENTLICHE DOPPELBILDER

☐ beim Autofahren ☐ beim Fernsehen
☐ nach Alkoholgenuss ☐ bei Müdigkeit / Anstrengung