

Date: \_\_\_\_\_

Guten Tag! Ihr Lebensstil und Ihre persönlichen Anforderungen an Ihr Sehen spielen eine bedeutende Rolle bei der Auswahl einer passenden Linse. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen, damit wir Sie für Ihre Operation am Grauen Star (Katarakt) bestmöglich beraten und gemeinsam eine für Sie geeignete Linse auswählen können.

**1. Personenbezogene Angaben:**

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

**2. Wie oft üben Sie die folgenden Tätigkeiten aus? (Andere Freizeitaktivitäten bitte in den Leerzeilen angeben)**

	Täglich	2-4 Mal pro Woche	Einmal pro Woche	Nie
Bücher/ Zeitung lesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schminken / Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stricken / Handarbeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutzung von Computer / Tablet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gartenarbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkaufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autofahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sport treiben / Spazieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**3. Kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an oder lassen Sie es frei, wenn es nicht auf Sie zutrifft. (Mehrere Antworten möglich)**

	Nahsicht (Kleingedrucktes)	Mittelsicht (Computer)	Fernsicht (Autofahren)
Ich trage eine Brille für ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Brille stört mich bei ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach der OP möchte ich möglichst keine Brille mehr tragen für ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Wie wichtig ist für Sie die Unabhängigkeit von einer Brille nach der OP? (1 Antwort auswählen)**

– Sehr wichtig. Ich möchte bei Nah-, Mittel- und Fernsicht brillenunabhängig sein.

– Ich hätte gerne einen erweiterten Sehbereich, aber es macht mir nichts aus, in manchen Fällen eine Brille zu tragen.

– Brillenunabhängigkeit ist nicht wichtig für mich.

**5. Hatten Sie bereits eine Monovision (z. B. Korrektur eines Auges für die Ferne und eines Auges für die Nähe)? (1 Antwort auswählen)**

– Ja, ich hatte eine problemlose Monovision.

– Nein, ich hatte noch keine Monovision.

– Ja, ich hatte eine Monovision, aber keine gute Erfahrung damit.

– Ich weiß es nicht.

**6. Werden Sie nachts von Licht geblendet und empfinden Sie dies als störend? (1 Antwort auswählen)**

- Ja, diese Blendungen stören mich sehr.  – Nein, ich bin nicht von Blendungen betroffen.  
 – Ja, diese Blendungen stören mich nicht sehr.  – Ich weiß es nicht.

**7. Wie würden Sie sich selbst beschreiben? (Mehrere Antworten möglich)**

- Ich unternehme viel in meiner Freizeit.  – Ich mag keine Kompromisse; ich will immer das Beste.  
 – Ich suche gerne nach Fehlern und korrigiere sie.  – Ich bin sehr gut über Gesundheitsthemen informiert.  
 – Ich habe hohe Erwartungen an mich selbst und andere.  – Ich bin ein Perfektionist.  
 – Ich verbringe viel Zeit mit meinen Freunden und meiner Familie.  – Ich fahre viel in der Nacht

**8. Wie würden Sie sich selbst beschreiben? (Zutreffendes auf der Skala ankreuzen)**

Introvertiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrovertiert
Entspannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Perfektionistisch
Sehr aktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nicht übermäßig aktiv
Vorsichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Risikofreudig
Freundlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fordernd
Unkompliziert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anspruchsvoll
Humorvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ernst
Starrköpfig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Flexibel
Kompromissbereit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nicht kompromissbereit

**9. Zur Erfassung von Feedback zu Ihrer Sehkraft und Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis nutzen wir das Online-System RayPRO, das Ihnen per E-Mail fünf kurze Fragebögen innerhalb von drei Jahren sendet. Sind Sie mit einer Registrierung bei RayPRO einverstanden?**

- Ja  – Nein

Wenn ja, E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Informieren Sie sich über häufige Augenerkrankungen und die Behandlungsmöglichkeiten, damit Sie fundierte Entscheidungen über Ihre Augengesundheit treffen können.

[www.IhrSehenIhrLeben.com](http://www.IhrSehenIhrLeben.com)

