

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

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 R: _____ L: _____ bin: _____

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

Tränenfilmqualität wässrig normal ölig-viskös

Hornhaut ohne Befund leichte Irritation starke Irritation

Vaskularisation/Gefäßeinsprossungen ohne Befund vereinzelt Gefäßneubildung

Bulbäre Bindehaut ohne Befund leichte Rötung starke Rötung

Lidbindehaut ohne Befund leichte Rötung starke Rötung

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja, folgende: _____

Gesamtbeurteilung für das Kontaktlinsentragen optimal gut Kontaktlinsentragen eingeschränkt möglich

Kontaktlinsen-Empfehlung durch den Anpasser

Kontaktlinsenmaterial Silikon-Hydrogel Hydrogel ionisch nicht-ionisch

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

Produktempfehlung _____

Tägliche empfohlene Tragezeit _____ Stunden

Pflegemittel Wasserstoffperoxid-System Ein-Flaschen-System Kochsalzlösung Zwei-Flaschen-System

Produktempfehlung _____

Zusätzliche manuelle Reinigung nicht notwendig empfohlen erforderlich
mit: _____

Zusätzliche Proteinreinigung nicht notwendig empfohlen erforderlich
mit: _____

Zur Kenntnis genommen:

Ihr Kontaktlinsenadjuster

Unterschrift des Kontaktlinsenträgers