



Augencheck & optometrisches Screening für **KIDS** Optometrie speziell für Kinderaugen

Name des Kindes _____ Geburtsdatum _____

Grund des Besuches

Vorgeschichte

1. In welchem Alter wurde die Fehlsichtigkeit Ihres Kindes festgestellt?

- mit _____ Jahren bislang nicht festgestellt

2. Wird eine Fehlsichtigkeit bereits korrigiert?

- ja → mit Brille mit Kontaktlinsen
 nein

3. In welchen zeitlichen Abständen hat sich die Sehstärke geändert? _____

4. Tragen die Eltern eine Brille?

- Mutter – Stärke: _____ Vater – Stärke: _____

5. Wann und wo wurden die Augen zuletzt untersucht?

- Datum: _____
bei: Optiker _____ Augenarzt _____ Sonstige _____

6. Wird Ihr Kind derzeit regelmäßig beim Augenarzt untersucht? ja nein

Falls ja, Datum der letzten Kontrolle: _____ Praxis: _____

7. Wurden die Augen bereits operiert? rechtes Auge linkes Auge Datum: _____

8. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja nein

Falls ja, welche? _____

9. Welche Hobbies übt Ihr Kind aus?

10. Wie viele Stunden täglich verbringt Ihr Kind im Freien? _____ Stunden

11. Wie viele Stunden täglich verbringt Ihr Kind mit Naharbeit? (Hausaufgaben, Lesen, Tablet, Handy etc.)
_____ Stunden



Beschwerden

1. Liegen Auffälligkeiten vor, die auf Nahstress hindeuten?

- liest ungern, langsam und/oder stockend
- Kopfschmerzen
- kneift bei Naharbeit die Augen zu
- Vermeidung von Naharbeit
- häufige Müdigkeit
- Augenreiben
- Doppelbilder
- Sonstiges _____

2. Liegen Auffälligkeiten in der Ferne vor?

- Augenkneifen beim Blick in die Ferne (z.B. Tafel)
- Sitzt in der Schule lieber vorne (wegen schlechter Sicht)
- Objekte in der Weite werden nicht erkannt
- Augenreiben
- Doppelbilder
- Kopfschmerzen
- Sonstiges _____

Weitere Anmerkungen

Datenschutz – Einverständnis

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine Einwilligung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung der oben genannten Daten durch Andre Augenoptik GmbH, Pfaffenhofen a. d. Ilm. Die Daten werden ausschließlich zur Sehberatung und Anpassung von Sehhilfen verwendet. Im Falle eines Inhaberwechsels erteile ich hiermit die Erlaubnis, dass die persönlichen Daten weitergenutzt werden dürfen. Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum, Unterschrift

Ich bin einverstanden, dass die oben erhobenen Daten sowie die Ergebnisse des optometrischen Screenings nach Absprache an weitere Fachstellen (Augenarzt/-klinik, Orthoptist etc.) übermittelt werden dürfen.

ja nein

Datum, Unterschrift

ANDRE Augenoptik GmbH
Riederweg 13 · 85276 Pfaffenhofen
Telefon 08441 – 7 22 77 · Fax 08441 – 8 22 77
info@andreaugenoptik.de
www.andreaugenoptik.de