



Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen möglichst detailliert. Das hilft Ihrem/r Augenarzt / in – zusammen mit Ihnen – die bestmögliche Behandlung Ihrer trockenen Augen zu treffen.  
*Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen.*

Name:	Alter:	Geschlecht: weiblich männlich	
-------	--------	----------------------------------	--

Sind Sie bereits in Behandlung, wegen Ihrer trockenen Augen?

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Benennen Sie bitte die aktuelle Therapie der trockenen Augen:

Sind Sie mit der aktuellen o.g. Therapie zufrieden?

### Welche Symptome (Beschwerden) haben Sie?

<input type="checkbox"/>	Trockenheit	<input type="checkbox"/>	„Empfindliches Auge“
<input type="checkbox"/>	Fremdkörpergefühl	<input type="checkbox"/>	Tränenfluss bei Wind und Lichtwechsel
<input type="checkbox"/>	Brennen	<input type="checkbox"/>	Schnelle Ermüdbarkeit
<input type="checkbox"/>	Bindehaurötung	<input type="checkbox"/>	Lid-/Lidrandrötung
<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>	Lidschwellung
<input type="checkbox"/>	Druckgefühl	<input type="checkbox"/>	Jucken der Lidränder
<input type="checkbox"/>	Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

### Häufigkeit der Symptome

Morgens		Am Arbeitsplatz		Abends	
<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>	nie
<input type="checkbox"/>	manchmal	<input type="checkbox"/>	manchmal	<input type="checkbox"/>	manchmal
<input type="checkbox"/>	oft	<input type="checkbox"/>	oft	<input type="checkbox"/>	oft
<input type="checkbox"/>	ständig	<input type="checkbox"/>	ständig	<input type="checkbox"/>	ständig


**Tragen Sie Kontaktlinsen?**

	Formstabile (harte) Kontaktlinsen		Flexible (weiche) Kontaktlinsen		Tages- /Austauschlinsen
Kontaktlinsenpflegemittel:					
Nachbenetzung der Kontaktlinsen mit Tropfen, welche?					
Benutzung von Kosmetika, falls ja welche?					

**Besondere Empfindlichkeit gegenüber:**

	Rauch		Umwelteinflüsse (Sonne, Wind)
	Klimaanlage		Kosmetika
	Luftzug		Sonstige:

**Arbeitsplatzbelastung**

	Klimaanlage		Beschwerden nur am Arbeitsplatz
	Bildschirmarbeit		Beschwerden nur zu Hause
	Staub / Gase / Luftzug		Sonstige:

**Medikamentöse Vorbehandlung des Auges**

	ja		nein		unklar
Welche?					


**Allgemeinerkrankungen**

<input type="checkbox"/>	Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	Trockenheit von Mund, Nase	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige:
Welche Medikamente?					

**Allergien**

<input type="checkbox"/>	Pollenallergie	<input type="checkbox"/>	Medikamente	<input type="checkbox"/>	Kosmetikprodukte
<input type="checkbox"/>	Hausstaub	<input type="checkbox"/>	Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	Sonstige:

**Derzeitige Zunahme diverser Nahrungsergänzungsmittel (Proteine, Vitamine)**

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Falls ja, welche?			

**Schwangerschaft**

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	unbekannt
--------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------	-----------

**Raucher**

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich
--------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------	--------------

Vielen Dank.

Ihre Augenpartner