

SEHBEDARFSANALYSE

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Dürfen wir Sie bitten, die nachstehenden Fragen zu beantworten? Ihre Angaben werden uns erlauben, Ihre Bedürfnisse nach der Operation besser analysieren zu können.

Name und Vorname _____

Geburtsdatum _____






















Wie wichtig ist es Ihnen, seltener eine Brille tragen zu müssen?

Sehr wichtig

wichtig

Nicht wichtig

Für welche Aktivitäten ist Ihnen die Brillenfreiheit besonders wichtig (maximal 5)?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/>  Lesen | <input type="radio"/>  Am Computer arbeiten | <input type="radio"/>  Fernsehen |
| <input type="radio"/>  Körperpflege (Rasieren, Schminken...) | <input type="radio"/>  Autofahren bei Tageslicht | <input type="radio"/>  Fahrrad fahren |
| <input type="radio"/>  Nähen und Handarbeit | <input type="radio"/>  Autofahren bei Nacht | <input type="radio"/>  Bus oder Zug fahren |
| <input type="radio"/>  Handwerkliches Arbeiten | <input type="radio"/>  Kochen | <input type="radio"/>  Wandern im Gelände |
| <input type="radio"/>  Präzisionsarbeit | <input type="radio"/>  Einkaufen | <input type="radio"/>  Leichte Spaziergänge |
| <input type="radio"/>  Armbanduhr ablesen | <input type="radio"/>  Karten spielen | <input type="radio"/>  Sportliche Aktivitäten |
| <input type="radio"/>  Am Handy lesen | <input type="radio"/>  Hausarbeit | <input type="radio"/>  Kino oder Theater besuchen |

Weitere Aktivitäten: _____

Sind Sie berufstätig?

Nein

Ja

Beruf: _____

Arbeitspensum: _____

Haben Sie Hobbies?

