

Ferne	Nähe	PC/Laptop	Beruf/Arbeit	Hobby/Freizeit
Brillenträger, die auf Ihre Brille angewiesen sind, tragen diese den ganzen Tag. Das macht eine Tragezeit von ca. 6000 Stunden pro Jahr	Wie lange lesen Sie täglich? 0-1 Stunden <input type="radio"/> 1-3 Stunden <input type="radio"/> mehr als 3-Std <input type="radio"/> Lesen Sie gelegentlich im Liegen? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Wie viele Std./Tag verbringen Sie am PC oder Laptop? 0-1 Stunden <input type="radio"/> 1-3 Stunden <input type="radio"/> mehr als 3 Stunden <input type="radio"/> Durch das Tragen der richtigen Brille verhindern Sie Verspannungen der Nacken- und Rückenmuskulatur.	Welche Sehentfernungen sind für Sie am Arbeitsplatz wichtig? Nahbereich 30-40 cm <input type="radio"/> Zwischenbereich 40-120 cm <input type="radio"/> Fernbereich über 120 cm <input type="radio"/> Augenhöhe über Kopf <input type="radio"/> Schreibtisch <input type="radio"/> Werkbank <input type="radio"/> sonstiges: _____	Welche Sehentfernungen sind für Sie bei Hobby- und Freizeitaktivitäten wichtig? Nahbereich 30-40 cm <input type="radio"/> Zwischenbereich 40-120 cm <input type="radio"/> Fernbereich über 120 cm <input type="radio"/> Augenhöhe über Kopf <input type="radio"/> Schreibtisch <input type="radio"/> Werkbank <input type="radio"/> sonstiges: _____
Lichtschutz/UV-Schutz	Auto	Sport	Kontaktlinsen	Kleidung
Tragen Sie eine Sonnenbrille in Ihrer aktuellen Sehstärke? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Wie oft fahren Sie Auto? gar nicht/kaum <input type="radio"/> mehrmals wöchentlich <input type="radio"/> täglich <input type="radio"/>	Wie schützen Sie Ihre Augen beim Sport? Welche Sportarten über Sie aus? Radfahren <input type="radio"/> Ski/Snowboard <input type="radio"/> Wandern <input type="radio"/> Golf <input type="radio"/> Tennis <input type="radio"/> Wassersport <input type="radio"/> sonstiges: _____	Tragen Sie Kontaktlinsen? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Tragen Sie beruflich einen anderen Dresscode als im Privatleben? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Sind in Ihrer Familie Fälle von Grauem Star (Katarakt) oder Grünem Star (Glaukom) bekannt? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Besitzen Sie eine Nachtfahrbrille? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>		Welche Art von KL tragen Sie? Tageslinsen <input type="radio"/> Wochenlinsen <input type="radio"/> Monatslinsen <input type="radio"/> Jahreslinsen <input type="radio"/> harte Linsen <input type="radio"/>	Welche Farben tragen Sie bevorzugt? _____ _____ _____
	Sind Sie gelegentlich in Ländern wie Österreich oder Schweiz unterwegs? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>			