



Schule für Sehverhalten
und visuelle Wahrnehmung

Sehen am Bildschirm

Regina Prieß
Hahler Straße 49
32427 Minden

Checkliste für Ihr Sehen am Bildschirm

Datum: Name: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____
Ort: _____
Tel: _____ E Mail _____
Beruf: _____

Von wem wurden Sie überwiesen/empfohlen:

Wie äußern sich Ihre Sehprobleme? _____

Was wollen Sie ändern: _____

(Reicht der vorgesehene Platz nicht oder möchten Sie etwas ergänzen,
benutzen Sie bitte das letzte Blatt!.)

Allgemeines Befinden/Gesundheit:

	ja	manchmal	nein	unbekannt
Ein Auge dreht manchmal weg, vor allem bei Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> innen <input type="checkbox"/> außen <input type="checkbox"/>				
Reibe öfters die Augen, weil sie bei Naharbeiten jucken oder brennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausdauerndes, konzentriertes Sehen fällt mir schwer, muss häufig blinzeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um weit besser zu sehen, kneife ich gerne die Augen zusammen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausdauernde Konzentration fällt mir schwer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Augen fühlen sich oft trocken an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Augen tränen leicht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ja manchmal nein unbekannt

Ich bin lichtempfindlich, auch bei normalen Lichtverhältnissen

Mein Nacken-/Schulterbereich ist häufig verspannt und schmerzt

Bei bestimmten Sehaufgaben
schließe ich zur Erleichterung lieber ein Auge

Welche Sehaufgaben sind das? _____

Beim Autofahren Busfahren Karussellfahren
wird mir leicht übel

Kopfschmerzen

Wie oft? _____ x Woche/Monat

Wo?..... SchläfeStirnOberhaupt

Migräne _____ x Woche/Monat

Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen/Erbkrankheiten? _____

Liegt eine Epilepsie vor? Ja ..Nein

 **Augenarzt:**

Augenärztlich wurde ich bereits untersucht?Wann? _____

Von wem _____

Mit welchem Ergebnis?(Bericht?)

Aktuelle Brillenwerte:

Ferne	Sphäre / Sph	Zylinder / cyl	Achse / A	Prisma / P	Achse / A
Rechtes Auge					
Linkes Auge					

Nähe	Sphäre / Sph	Zylinder / cyl	Achse / A	Prisma / P	Achse / A
Rechtes Auge					
Linkes Auge					

Ich trage KL Ja ..Nein

Ich besitze eine Sonnenbrille..... Ja ..Nein

Ich benutze eine Bildschirmarbeitsplatzbrille..... Ja ..Nein

Beruf/Arbeit oder Sehanforderung:

Gesamtarbeitszeit am Bildschirm _____% Wie lange? _____Std/täglich

Welche Art von Bildschirmen benutzen Sie:..... Separater Bildschirm..... Laptop
..... Notebook..... Tablet..... Smartphone..... Maschinendisplay

Bearbeitungsposition..... sitzend stehend laufend

Bildschirmformat..... Hochformat Querformat

Bildschirmpositionierung..... höhenverstellbar neigbar

Anzahl der Bildschirme _____ Stück nebeneinander übereinander

Anordnung der Bildschirme..... Abstand Nasenwurzel- Mitte Bildschirm _____ cm

oberhalb der Augenhöhe mittig unterhalb der Augenhöhe

mit Publikumsverkehr ohne Publikumsverkehr

Monitoring..... aktiv passiv

Licht und Beleuchtung..... Fensterposition frontal seitlich

Raumbeleuchtung sehr hell normal dunkel

Deckenleuchte ja nein

Bei „ja“ = kaltwei / neutralwei / warmwei

Arbeitsplatzleuchte ja nein

Bei „ja“ = kaltwei / neutralwei / warmwei

Stuhl..... höhenverstellbar Sitzfläche beweglich Armlehne verstellbar

Tisch..... höhenverstellbar feste Höhe hell / dunkel

Fustutze Stifteingabe

Tastatur..... ergonomisch kabelgebunden kabellos hell / dunkel

Skizzieren Sie ggf die Raumaufteilung und Lichtverhältnisse(Lampen / Fenster)

ja manchmal nein unbekannt

Computerarbeit strengt mich an?.....

Der Bildschirm erscheint zeitweise unscharf?.....

Das Manuskript/ die Tastatur erscheint zeitweise unscharf?.....

Blickwechsel vom
Manuskript zum Monitor erscheint mir verzögert scharf?.....

Bitte wenden!



 **Auto und Verkehr:**

	ja	manchmal	nein	unbekannt
Ich habe Schwierigkeiten, im Rückspiegel schnell etwas zu erfassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mitfahrer meinen, ich fahre meistens zu weit rechts oder links	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beim Einparken habe ich Probleme mit dem richtigen Abschätzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überholvorgänge mache ich ungern (Entfern. + Geschwindigkeitseinschätzung).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei Dämmerung werde ich unsicher, fahre nachts allgemein ungern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scheinwerfer erscheinen mir manchmal doppelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch die Scheinwerfer habe ich starke Blendungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir schwer, mich zu orientieren oder in der Straßenkarte zurechtzufinden.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Straßenschilder erkenne ich erst später als mancher Mitfahrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den Tacho während der Fahrt abzulesen, ist für mich schwierig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 **Sport + Freizeit:**

	ja	manchmal	nein	unbekannt
Ich bin unsicher, ängstlich beim Bälle fangen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spiele ungern Ballsport z.B. Handball, Federball usw.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treffe/fange Bälle nicht richtig, schlage daneben - zu früh <input type="checkbox"/> zu spät <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bin ängstlich bei kleinen Höhenunterschieden, meide Abhänge.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sportart: _____	_____ mal pro Woche			
Ich nutze Ø mein Handy _____ Std/täglich				

Danke!