

SEHPROFIL



sehen
und
hören FINKEL
UND
GEISSE

Name:

Geburtsdatum:

Beruf / Büro

Wie viele Stunden sind Sie täglich am Bildschirm/Tablet?

Welche Sehentfernungen sollen wir für Ihre Arbeit berücksichtigen?

Gesundheit

Gibt es in Ihrer Familie

- Makuladegeneration
- Bluthochdruck
- Diabetes
- Glaukom (Grüner Star)

Auto / Sonne

Wie häufig und bei welcher Gelegenheit benutzen Sie Ihr Auto?

Fühlen Sie sich von Gegenverkehr/Sonne geblendet?

Kontaktlinsen

Tragen Sie Kontaktlinsen? Ja Nein

Wenn Ja, bei welcher Gelegenheit?

Freizeit / Sport

Welche Sehentfernungen sind für Ihre Hobbys wichtig? (Musik, Werken, Lesen)

Wie viele Stunden sind Sie sportlich aktiv? Welche Sportarten üben Sie aus?

Fazit

Wir empfehlen Ihnen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lesebrille | <input type="checkbox"/> Fernbrille |
| <input type="checkbox"/> Gleitsichtbrille | <input type="checkbox"/> Schutzbrille |
| <input type="checkbox"/> Sonnenbrille | <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzbrille |
| <input type="checkbox"/> Sportbrille | <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen |