

**Sehtest / Arbeitsplatzoptometrie bei c & b optik gmbh**

☞ Bitte per Fax an c & b optik gmbh senden!! ( 071 230 02 01)

Name	Vorname
------	---------

Strasse	PLZ/Ort
---------	---------

berufliche Tätigkeit	Telefon G	P
----------------------	-----------	---

Hobbys, Sport	Geburtsdatum
---------------	--------------

Ich trage keine Sehhilfe

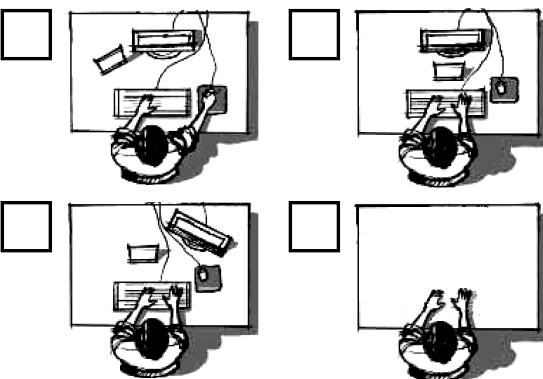
Ich trage Kontaktlinsen

Ich trage eine Brille

Ich trage eine korrigierte Sonnenbrille

Wann haben sie den letzten Sehtest gemacht?

Welche Situation entspricht Ihrem Arbeitsplatz?



Wie gross sind die Arbeitsabstände?

Auge – Bildschirm cm

Auge – Tastatur cm

Auge – Vorlage cm

Auge – ..... cm

cm

Zeichnen Sie die Anordnung der Fenster und der Beleuchtung in die obige Situationskizze.

Welche Beschwerden treffen auf Sie zu?

Kopfschmerzen

erhöhte Blendempfindlichkeit

unscharfes Sehen (Ferne)

trockene brennende Augen

unscharfes Sehen (Nähe)

„anstrengendes“ Sehen

zeitweiliges „Verschwimmen“

Augenerkrankungen

schnelles Ermüden beim Lesen

Worauf sind Ihre Beschwerden zurückzuführen?

Ich vermute meine Probleme werden durch die Anordnung meines Arbeitsplatzes verursacht.

Ich vermute meine Probleme sind auf meine Augen zurückzuführen.

Fragen an c & b optik gmbh.

Ich interessiere mich für Kontaktlinsen

Ich interessiere mich für spezielle Arbeitsbrillen

Persönliche Anmerkungen

Wunschtermin