

Właśnie rozpoczęła się Państwa wizyta w OKULUS PLUS

Prosimy o staranne wypełnienie poniższej ankiety. Odpowiedzi są niezbędne do rozpoczęcia konsultacji ze specjalistą.

Nazwisko i imię **Wiek** **Data**.....

1. Czy odczuwa Pani/Pan pogorszenie widzenia: TAK NIE
- odległości bliskie odległości dalekie

2. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pola, jeżeli odczuwa Pani/Pan wymienione poniżej dolegliwości:

- pieczenie oczu swędzenie oczu łzawienie zaczerwienie oczu
- uczucie suchości oczu bóle oczu bóle głowy podwójne widzenie

3. Jakie inne dolegliwości związane z oczami odczuwa Pani/Pan obecnie

.....

4. Proszę wymienić zdiagnozowane choroby oczu, a także leki które w związku z nimi Pani/Pan stosuje:

.....

4. Proszę wymienić urazy i zabiegi oczu z przeszłości (jeśli miały miejsce):

.....

5. Proszę zaznaczyć zdiagnozowane choroby ogólne, a także leki które w związku z nimi Pani/Pan stosuje:

- cukrzyca choroby tarczycy nadciśnienie inne

Inne, jakie:.....

6. Proszę wpisać rodzaj wykonywanej pracy (jeśli praca przy komputerze, to ile godzin dziennie):

.....

7. Czy prowadzi Pani/Pan samochód? TAK NIE

8. Proszę wpisać Pani/Pana hobby (np. jazda konna, majsterkowanie, kite surfing):

.....

9. Czy używa Pani/Pan okularów do dali TAK NIE

Jeśli tak, to od kiedy: Ostatnia zmiana okularów:

10. Czy używa Pani/Pan okularów do bliży TAK NIE

Jeśli tak, to od kiedy: Ostatnia zmiana okularów: