**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 związki 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 związki 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: …………………………………………….