**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: …………………………………………….