

Name; Vorname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Berater \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Sehbeschwerden: \_\_\_\_\_

Was hat Ihnen bei Ihrer bisherigen Brille gefallen/nicht gefallen? \_\_\_\_\_

Sie sind  Rechtshänder  Linkshänder

**Beruf**

Welche Entfernungen sind für Sie wichtig?

Nähe 30 - 40cm  Zwischenbereich 40 - 120cm  Ferne über 120cm

Arbeiten Sie hauptsächlich

im Sitzen  im Stehen  über Kopf  mit gesenktem Kopf

**Autofahren**

Besitzen Sie eine spezielle Brille für die Dämmerung und Dunkelheit?

ja  nein

Fahren Sie auch in Österreich und/oder der Schweiz\*?

ja  nein

\*In Österreich und Schweiz gelten für Autofahrer besondere Vorschriften für das Mitführen einer Ersatzbrille

**UV-Schutz**

Tragen Sie ständig eine Brille mit Korrektionsgläsern?

ja  nein

Sind Sie lichtempfindlich?

ja  nein

Halten Sie sich oft am Wasser oder in den Bergen auf?

ja  nein

**Besonderheiten**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aktivitäten**

Üben Sie besondere Aktivitäten aus?

Ja  Nein

Welche Aktivität üben Sie aus?

Art \_\_\_\_\_

**Freizeit/Hobby**

Welche Tätigkeiten üben Sie in Ihrer Freizeit aus?

Arbeiten am PC  Nutzung eines Smartphones  Fernsehen

Lesen im Sitzen  Lesen im Liegen  Sonstiges \_\_\_\_\_

**Anforderungsprofil**

Sonnenschutzbrille  Erweiterte Nahbrille  Autofahrerbrille  
 Lesebrille  Arbeitsplatzbrille  Sportbrille  
 TV-Brille  Wellnessbrille  Sonstiges

Haben Sie eine Zusatzversicherung, die bei der Rechnungsstellung beachtet werden muss?

ja  nein \_\_\_\_\_

**Ausführung**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

