

Fragebogen zur visuellen Wahrnehmung

Name:

Datum:

Bitte kreuzen Sie das HEUTE zutreffende in der entsprechenden Box an.

Bitte überprüfen Sie jedes Verhalten. Wie oft tritt diese Beobachtung auf?

Sehleistung

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Das Sehen in die Ferne ist verschwommen und nicht 4 klar, auch mit meiner Korrektur nicht		0	1	2	3
Das Sehen in die Nähe ist verschwommen und nicht klar, auch mit meiner Korrektur nicht	0	1	2	3	4
Mein Sehen und die Sehleistung schwankt und ändert 4 sich während des Tages		0	1	2	3
Mein Sehen in der Nacht ist generell ungenügend, ich sehe Nachts schlecht beim Autofahren	0	1	2	3	4

Visueller Komfort

Meine Augen fühlen sich irritiert an und ich habe Augenschmerzen	0	1	2	3	4
Ich leide unter Kopfschmerzen und/ oder Schwindel 4 nachdem ich konzentriert sehen musste		0	1	2	3
Am Ende des Tages habe ich müde Augen	0	1	2	3	4
Ich spüre ein „Ziehen“ um die Augen	0	1	2	3	4

Doppelbilder

Bei Müdigkeit habe ich Doppelbilder 4		0	1	2	3
Um korrekt zu sehen, muss ich ein Auge abdecken oder schließen	0	1	2	3	4
Während des Lesens schwankt die Schrift zwischen 4 scharf und unscharf		0	1	2	3

Lichtempfindlichkeit

Normales Innenlicht empfinde ich als unkomfortabel, 4 es blendet mich		0	1	2	3
Natürliches Außenlicht ist zu hell, ich benutze eine Sonnenbrille	0	1	2	3	4
Fluoreszierendes Innenlicht stört oder irritiert mich	0	1	2	3	4

Trockene Augen

Meine Augen fühlen sich trocken an und „brennen“	0	1	2	3	4
Ich „starre“ ins Leere und blinzele dann nicht genügend		0	1	2	3
4					
Ich muss meine Augen häufig reiben	0	1	2	3	4

Nie Selten Manchmal Häufig Immer

Tiefenwahrnehmung

Ich bin etwas „linkisch“ und schätze Abstände und		0	1	2	3
4					
Objekte falsch ein					
Ich bin unsicher beim Gehen, verpasse Stufen und	0	1	2	3	4
stolpere					
Ich habe eine schlecht leserliche Handschrift		0	1	2	3
4					
(speziell bezüglich Abständen und Größe)					

Periphere Wahrnehmung

Die Sicht zur Seite ist verzerrt, Objekte verschieben		0	1	2	3
4					
sich oder verändern ihre Position					
Was für mich geradeaus erscheint, ist es in	0	1	2	3	4
Wirklichkeit oftmals nicht					
Ich vermeide Menschenansammlungen, kann visuell		0	1	2	3
4					
überladene Orte nicht ertragen					

Lesen

Kann Konzentration nicht lange aufrecht erhalten und		0	1	2	3
4					
lasse mich beim Lesen leicht ablenken					
Lesen und Schreiben empfinde ich als schwierig und		0	1	2	3
4					
bin langsam					
Schlechtes Leseverständnis, kann mich schlecht		0	1	2	3
4					
erinnern, was ich gelesen habe					
Worte werden ausgelassen oder verwechselt		0	1	2	3
4					
Ich finde die Zeilen und nicht Position nicht wieder und		0	1	2	3
4					
benutze den Finger als Hilfestellung					