

## Persönliche Daten

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Vorwahl: \_\_\_\_\_ Rufnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Um einschätzen zu können, ob eSight ein für Sie geeignetes Hilfsmittel ist, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte fragen Sie Ihren Augenarzt und beantworten Sie die folgenden Fragen so genau wie möglich.

Welche Augenerkrankung wurde bei Ihnen diagnostiziert?

---

Seit wann ist Ihr Sehvermögen beeinträchtigt?

---

Schwankt Ihre Sehleistung, oder ist sie stabil?

---

Wie ist Ihre aktuelle Sehschärfe mit Korrektur (Visus cc)?

rechts: \_\_\_\_\_ links: \_\_\_\_\_

Wie groß ist Ihr Gesichtsfeld (in Grad)?

---

Wie gut funktioniert Ihr zentrales Sehen?

---

Wie gut funktioniert Ihr peripheres Sehen?

---

Tragen Sie eine Korrektionsbrille? Ja  Nein

Wenn ja, geben Sie bitte die genaue Stärke an.

rechts: sph \_\_\_\_\_ cyl \_\_\_\_\_ Achse \_\_\_\_\_ PD \_\_\_\_\_

links: sph \_\_\_\_\_ cyl \_\_\_\_\_ Achse \_\_\_\_\_ PD \_\_\_\_\_

Welche technischen Hilfsmittel benutzen Sie bisher beim Lesen, Fernsehen und anderen Sehaufgaben? Benutzen Sie Bildschirmlesegeräte, Vorlesegeräte, (elektronische) Lupen, eReader oder andere Hilfsmittel?

---

---

---

Benutzen Sie ein Smartphone oder Tablet?

---

Leiden Sie unter Muskelzittern?

---

Sind Sie in Ihrer Beweglichkeit eingeschränkt (Hände, Nacken)?

---

Wenn Sie dieses Formular ausgefüllt haben, mailen Sie es bitte an **esight@reineckervision.de** oder schicken Sie es als **Fax an 06257 93118008**

Wir werden uns bei Ihnen melden, sobald Ihre Angaben ausgewertet sind.