

Anamnese-E Augenmuskelfunktionen

Name:	Vorname:	geb.:		
		ja	nein	weiß nicht
Ich sehe schlecht.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Längeres Lesen oder Computerarbeit strengen mich an, und ich ermüde dabei leicht.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide häufig an Augenbrennen, Augentränen, gerötete Augen, trockene Augen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide häufig an Augenblinzeln, Augenzucken, Augenreiben.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide häufig an Augenschmerzen, Kopfschmerzen, Migräne.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide häufig an Verspannungen und Schmerzen im Hals-, Nacken-, Schulterbereich.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte häufig den Kopf schief.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin lichtempfindlich.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine gestörte Grob- und Feinmotorik. Ich habe Koordinationsprobleme, remple versehentlich andere Menschen an und stolpere leicht.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zappelig und kann mich nicht ruhig halten.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft verträumt.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme beim Lesen und Schreiben ungewöhnliche Körperhaltungen ein.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide häufig an Übelkeit, Bauchschmerzen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe häufig Schwindelgefühle.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sehe nicht gern fern oder arbeite nicht gern mit dem Computer.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lese nicht gern, und wenn doch, dann ermüde ich schnell beim Lesen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Motivations-, Konzentrationsprobleme.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide an einer Schreib- und Leseschwäche, Rechtschreibschwäche.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine krakelige Handschrift; ich kann beim Schreiben die gerade Linie nicht halten.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide manchmal an kurzzeitigem Doppelsehen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>