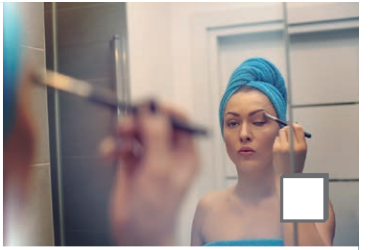


Mein Sehalltag





Meine Augen

Name: _____ Datum: _____

Arbeiten Sie in staubiger Umgebung? Nein Ja

und/oder in trockenen/klimatisierten Räumen? Nein Ja

Haben Sie gereizte/empfindliche Augen? Selten ab und zu häufig

Haben Sie Allergien? Nein Ja _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Nein Ja _____

Beurteilung des vorderen Augenabschnittes durch Ihren Kontaktlinsenspezialisten

Bulbäre Bindehaut keine Auffälligkeiten Auffälligkeiten _____

Lidbindehaut keine Auffälligkeiten Auffälligkeiten _____

Hornhaut keine Auffälligkeiten Auffälligkeiten _____

Vaskularisationen/Gefäßeinsprossungen keine vereinzelt auffällig

Werte der Augenprüfung:

R sph _____ cyl _____ A _____

L sph _____ cyl _____ A _____

Addition (zum Lesen) R/L _____

Ferndominantes Auge:

R _____ L _____

Sehleistung mit der Korrektur:

R Vcc _____ L Vcc _____

Empfohlene Menicon-Kontaktlinsen:

1. Rechtes Auge _____

2. Rechtes Auge _____

1. Linkes Auge _____

2. Linkes Auge _____

Empfohlenes Menicon-Pflegemittel:

Tägliche Pflege: _____

Intensivreinigung: _____

Zusätzliche Pflege: _____