



DR. MED. DENT.

RHENA BUTROS

# A N A M N E S E B O G E N

## AUGENMUSKELFUNKTIONEN - ERWACHSENE

### PATIENT

Name / Vorname

Geb.

Datum

### BITTE KREUZEN SIE AN:

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"/>

Hiermit versichere ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß sind:

Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten