

Vorname		Nachname	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr		
1. Haben Sie schon einmal Kontaktlinsen getragen?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:			
2. Wie zufrieden waren Sie mit den Kontaktlinsen?			
<input type="checkbox"/> sehr zufrieden <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden, Grund:			
3. Welches Pflegesystem haben Sie mit diesen Kontaktlinsen verwendet?			
<input type="checkbox"/> All in One <input type="checkbox"/> Peroxid <input type="checkbox"/> Produktname:			
4. Falls Sie noch keine Kontaktlinsen getragen haben, warum möchten Sie Kontaktlinsen tragen?			
5. Was ist Ihnen beim Kontaktlinsentragen besonders wichtig?			
6. Beruf / Tätigkeit / Hobby / Sportarten:			
7. Halten Sie sich in staubiger Umgebung auf?			
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig			
8. Arbeiten Sie am Computer?			
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig			
9. Halten Sie sich in trockenen / klimatisierten Räumen auf?			
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig			
10. Haben Sie gereizte / empfindliche Augen (Trockenheit)?			
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig			
11. Leiden Sie an Allergien?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:			
12. Befinden oder befanden Sie sich in augenärztlicher Behandlung, oder wurden Sie schon einmal am Auge operiert?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:			
13. Leiden Sie an Systemerkrankungen wie z.B Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Bluthochdruck oder Rheuma?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:			
14. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (z.B. Pille, Betablocker)			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:			
15. In welchem Rhythmus möchten Sie gerne Kontaktlinsen tragen?			
<input type="checkbox"/> jeden Tag (Ersatz der Brille)		Tägliche Tragedauer in Stunden:	
<input type="checkbox"/> häufig (im Wechsel mit Brille)		Anzahl der Tage pro Woche:	
<input type="checkbox"/> gelegentlich (z.B. zum Sport, besondere Anlässe)			
Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Kontaktlinsenanpassung verwendet werden dürfen.			
			----- Datum, Unterschrift