

Fragebogen Brillenglasberatung

(Name, Vorname)

(Datum)

bisherige Brillen:

| | | | | | |
|------------------|--|-------------------------------|-----------|-----------------------------|-------------------------------|
| Fernbrille | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | vertragen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nahbrille | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | vertragen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gleitsichtbrille | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | vertragen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Spezialbrille | <input type="checkbox"/> ja, welche: _____ | | | | <input type="checkbox"/> nein |
| | _____ | | | | |

Brillenwunsch:

Ferne Autofahren

bes. Anforderungen, z. B. Schießsport: _____

Nähe: Arbeitsabstand: ca. _____

Leseabstand: ca. _____

Lesen im Liegen ja nein