

## Fragebogen Sicca-Sprechstunde | Erstvisite

**Hinweis:** Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so genau wie möglich. Ihre Angaben helfen uns, Ihre Beschwerden besser zu verstehen und eine passende Behandlung zu planen.

### 1. Allgemeine Angaben

Patientenname: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Beruf: \_\_\_\_\_

Allergien?  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

### 2. Anamnese der Augensymptome

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_

Wie häufig treten die Beschwerden auf?

gelegentlich  täglich  durchgehend

Welche Beschwerden haben Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

Bitte umkreisen Sie die Haupt-Beschwerde.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trockenheit       | <input type="checkbox"/> Tränen               |
| <input type="checkbox"/> Brennen           | <input type="checkbox"/> Verschwommenes Sehen |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz          | <input type="checkbox"/> Druckgefühl          |
| <input type="checkbox"/> Fremdkörpergefühl | <input type="checkbox"/> verklebte Lider      |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen         | <input type="checkbox"/> Augenmüdigkeit       |
| <input type="checkbox"/> Rötung            | <input type="checkbox"/> andere: _____        |

Wann sind die Beschwerden am schlimmsten?

morgens  abends  nach bestimmten Aktivitäten (z. B. Bildschirmarbeit)

Wie stark beeinträchtigen die Symptome Ihre Lebensqualität?

(0 = gar nicht, 10 = sehr stark)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gar nicht					mäßig					sehr stark

### 3. Lebensstil und Umwelt

- Trinken Sie ausreichend Flüssigkeit? (1,5-2 Liter täglich)  Ja  Nein
- Ernähren Sie sich ausgewogen? (z. B. mit Omega-3-Fettsäuren)  Ja  Nein
- Rauchen Sie?  Ja  Nein
- Trinken Sie mehr als 2x pro Woche Alkohol?  Ja  Nein
- Arbeiten Sie viel am Bildschirm?  Ja  Nein
- Sind Sie oft in klimatisierten Räumen?  Ja  Nein

## 4. Allgemeinanamnese & Begleiterkrankungen

Haben Sie bekannte chronische Erkrankungen? (z.B. Rheuma, Diabetes, Schilddrüse, Haut)

Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Haben Sie spürbare Mundtrockenheit oder sehr trockene Haut?

Ja  Nein

Leiden Sie regelmäßig unter Gelenkschmerzen?

Ja  Nein

## 5. Augenanamnese

Nutzen Sie Augentropfen und/oder Augensalben?

Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Wie oft verwenden Sie diese?

Tragen Sie Kontaktlinsen?

Nein  Ja

Wurden Sie bereits am Auge operiert?

Nein  Ja

## 6. Validierter Fragebogen: OSDI (Ocular Surface Disease Index)

Bewerten Sie bitte, wie oft Sie in den letzten **7 Tagen** folgende Beschwerden hatten:

Symptome	Nie 0	Selten 1	Manchmal 2	Häufig 3	Immer 4
Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremdkörpergefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschwommenes Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechtes Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Probleme beim...</b>					
Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autofahren nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten am Bildschirm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Beschwerden / Verschlechterung bei...</b>					
Wind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockener Luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufenthalt in klimatisierten Räumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank! Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zur Sprechstunde mit.