

Όνομα ασθενούς _____ Ημερομηνία _____

Ποιο είναι το επάγγελμά σας; _____

Παρακαλούμε αναφέρετε τα αγαπημένα σας χόμπι _____

Ποιες από τις παρακάτω δραστηριότητες θα θέλατε να βλέπετε καλά χωρίς γυαλιά;

- Να διαβάζετε την εφημερίδα
- Να διαβάζετε ό,τι γράφει το φιαλίδιο με το φάρμακό σας
- Να βλέπετε την ώρα στο ρολόι σας
- Να δουλεύετε στον υπολογιστή σας
- Να παίρνετε ένα τηλέφωνο
- (Γυναίκες) να βάζετε το μείκάπ σας
- (Αντρες) Να ξυρίζετε το πρόσωπό σας

Άλλες δραστηριότητες που θα απολαμβάνετε χωρίς γυαλιά _____

Σε ποιες αθλητικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες συμμετέχετε;

Παρακαλούμε, μιλήστε μας για να αναφέρετε τυχόν θέματα που σας απασχολούν σχετικά με την όρασή σας και τα οποία δεν αναφέρονται πιο πάνω.

Βάλτε ένα "X" στην παρακάτω κλίμακα για να περιγράψετε την προσωπικότητά σας όσο καλύτερα μπορείτε:

Χαλαρός

Τελειομανής

Υπογραφή ασθενούς _____

Τεχνικός

Γιατρός

