

Je besser wir Ihre Wünsche und Bedürfnisse in Bezug auf **Kontaktlinsen** kennen, umso mehr Freude haben Sie an Ihren Kontaktlinsen



**MOLL**  
OPTIK & AKUSTIK

Name: ..... Vorname: .....

Geb.Datum: ..... Beruf: .....

Datum: .....

1. Haben Sie schon einmal Kontaktlinsen getestet?  ja  nein, (weiter Frage 10)
2. Tragen Sie derzeit Kontaktlinsen?  ja  nein, warum nicht? .....
3. Wie lange tragen Sie schon Kontaktlinsen? seit: .....
4. Welchen Kontaktlinsentyp tragen Sie?  
 harte/feste KL  weiche Tages KL  weiche 2-Wochen-KL  weiche Monats-KL  
 weiche 3-Monats-KL  weiche Jahres-KL  Nachtlinsen (Ortho-K)  Myopielinsen (f. Kinder)
5. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Kontaktlinsen?  
 sehr zufrieden  zufrieden  könnte besser sein  nicht zufriede  
weil .....
6. Wer hat Sie bisher rund um Ihre Kontaktlinsen betreut? .....
7. Kennen Sie das Problem trockener Augen?  ja  nein
8. Nutzen Sie Nachbenetzungstropfen?  ja  nein
9. Sind Ihre Kontaktlinsen nach längerer Tragezeit genauso angenehm zu tragen wie morgens nach dem Einsetzen?  
 ja  nein
10. Warum möchten Sie Kontaktlinsen tragen?  
 Kosmetische Gründe  Medizinische Gründe  Praktische Gründe  Sonstiges
11. Wann möchten Sie Ihre Kontaktlinsen tragen?  
 Täglich  Arbeit  Sport  Freizeit  Sonstiges
12. Welche Hobbys und Freizeitaktivitäten führen Sie aus? .....
13. Welche Sportart betreiben Sie? .....
- Und wie oft?  ..... Stunden pro Tag  ..... Tage pro Woche
14. Wie viele Stunden am Tag und Tage pro Woche möchten Sie Ihre Kontaktlinsen problemlos tragen?  
 ..... Stunden  ..... Tage
15. Arbeiten Sie unter besonderen Bedingungen? z. B.  
 Computerarbeit  klimatisierte Räume  staubige Umgebung  Schichtarbeit  Sonstiges
16. Haben Sie Augenkrankheiten, systemische Erkrankungen, Allergien oder nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
 ja, welche: .....  nein
17. Hatten Sie schon einmal eine Operation an den Augen?  
 ja, welche: .....  nein
18. Was erwarten Sie von Ihren zukünftigen Kontaktlinsen?  
 Optimale Sehleistung  
 Ausgezeichneten Tragekomfort auch am Ende des Tages  
 Ausgezeichneten Tragekomfort bei Bildschirmarbeit/ klimatisierten Räumen  
 Einfache Handhabung
19. Rauchen Sie?  ja  nein
20. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? .....