

Анкета об Образе Жизни и Предпочтениях Пациента

ФИО: _____ Дата: ____/____/____

Очень важно, чтобы врач получил полную информацию о том, какой диапазон зрения Вы бы хотели получить для выполнения конкретных задач. Эта анкета поможет нам выбрать метод лечения, который наилучшим образом будет подходить Вашему образу жизни и Вашим предпочтениям.

Кем Вы работаете? _____

Какими видами спорта, активного отдыха Вы занимаетесь? Другие увлечения?

Пожалуйста, обведите виды деятельности, которые Вы бы хотели выполнять БЕЗ ОЧКОВ. Всего НЕ БОЛЕЕ 6 пунктов.

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| • Чтение книг/ газет | • Вязание/Шитье/
Вышивание | • Просмотр спортивных состязаний, например, футбол непосредственно на стадионе |
| • Чтение этикеток на лекарствах | • Нанесение макияжа | • Занятие спортом |
| • Смотреть на наручные часы | • Бритье (для мужчин) | • Просмотр ТВ |
| • Поиск/набор номера на мобильном телефоне | • Игра в карты/
настольные игры | • Вождение днем |
| • Продевание нитки в иголку | • Работа на компьютере | • Вождение ночью |
| | • Использование планшетных устройств | |

Другие виды деятельности, не указанные выше: _____

Пожалуйста, укажите, что еще Вы считаете важным для Вашей жизни и ежедневной активности: _____

Подпись пациента: _____

Инициалы регистратора: _____ Инициалы доктора: _____