

# Checkliste: Ihre Situation



Alter  $\leq 30$  J.  31-44 J.  45-50 J.   $> 50$  J.

Größe \_\_\_\_\_ cm

Lupenbrille vorhanden ja  nein

meine jetzige Lupenbrille 2.0x  2.5x  3.0x  3.5x  andere \_\_\_\_\_

Bedarf Ersatz   
Ergänzung

mit 2.0x  2.5x  3.0x  3.5x  andere \_\_\_\_\_

Lupenbrille soll geeignet sein für folgende Prozeduren:

## Einsatzbereich / Disziplinen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allg./ Viszeralchirurgie | <input type="checkbox"/> Plastische/ Rekonstruktive Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie           | <input type="checkbox"/> Thoraxchirurgie                      |
| <input type="checkbox"/> Handchirurgie            | <input type="checkbox"/> Unfallchirurgie                      |
| <input type="checkbox"/> Herzchirurgie            | <input type="checkbox"/> Urologie                             |
| <input type="checkbox"/> Kinderchirurgie          | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenchirurgie                |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurgie           | <input type="checkbox"/> Andere/ weitere _____                |

## Anforderungen

## Priorität

I II III ( I = sehr wichtig, III = weniger wichtig )

Anpassung an neue Sehwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hohe Genauigkeit / Auflösung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-> kleinste Nadel/Fadenkombination USP _____
Geringes Gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiefenschärfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spritzschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
großes Glas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
geringe Kopfneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I = sehr wichtig II = wichtig III = wünschenswert

## Bekannte Sehwertkorrektur

	Sphärisch	Wert/ Add	Zylinder	Wert	Achse	Wert
Ferne (Autofahren)	keine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (+/- *) _____ dpt.	keinen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (+/- *) _____ dpt.	keine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ Grad
Nähe (Lesen)	keine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (+/- *) _____ dpt.	keinen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (+/- *) _____ dpt.	keine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ Grad

\* bitte auch angeben

## Bekannte Sehprobleme mit meiner Lupenbrille

- Unschärfe Bilder  nach kurzer Zeit  nach längerer OP-Zeit
- Farberkennung  nach kurzer Zeit  nach längerer OP-Zeit
- Kopf/Nackenschmerzen  nach kurzer Zeit  nach längerer OP-Zeit
- Druckstellen Nase  nach kurzer Zeit  nach längerer OP-Zeit
- \_\_\_\_\_  nach kurzer Zeit  nach längerer OP-Zeit

## Weitere Anregungen/ Kommentare

---



---



---