

ERWEITERTER LIFESTYLE FRAGEBOGEN FÜR HYPERVIEW INIDENTITY 2

Führen Sie eine Anamnese durch, um die Gläser bestmöglich zu personalisieren.
Auch die Konstruktion wird damit bestimmt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen mit einem Kreuz (A oder B oder C):

	A	B	C
Wie lange tragen Sie schon eine Gleitsichtbrille?			
A Ich habe davor noch nie eine getragen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Seit ca. einem Jahr	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Seit mehr als zwei Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	A	B	C
Beschreiben Sie Ihren Alltag.			
A Die meiste Zeit verbringe ich zu Hause	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Ich arbeite im Büro	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Die meiste Zeit verbringe ich im Freien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	A	B	C
Wie viel Zeit verbringen Sie am Computer und/ oder wie viel lesen Sie?			
A Weniger als eine Stunde täglich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Bis zu drei Stunden täglich	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Die meiste Zeit am Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	A	B	C
Fahren Sie ein Auto bzw. ein anderes Kraftfahrzeug?			
A Fast nie bzw. sehr selten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Täglich (z. B. den Weg zur Arbeit)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Ich bin Berufskraftfahrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	A	B	C
Wie aktiv sind Sie?			
A Ich bin kaum aktiv	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Mittelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Sehr aktiv (verbringe viel Zeit im Freien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Alter des Kunden:

Wie viele Gleitsichtbrillen wurden bisher getragen?

Welche Gläser wurden zuletzt getragen? Wie lange (wie viele Monate)?

Wählen Sie nur eine Antwort:

A) Einstärken

B) Bifokal

C) Gleitsichtgläser*

* Wenn die Antwort C markiert wurde, charakterisieren Sie die Gleitsichtbrille des Kunden:

Konstruktion: hart/weich/andere

Mindesteinschleifhöhe unten

Herstellernamen und Modell

Art der Oberflächenveredelung

SCHLUSSBEMERKUNG