

Kontaktlinsen-Fragebogen

1. Wie alt sind Sie?

2. Welchen Beruf üben Sie aus?

3. Haben Sie schon mal Kontaktlinsen getestet?

Wenn JA bitte weiter mit Frage 4. Wenn NEIN bitte weiter mit Frage 10

JA NEIN

4. Tragen Sie heute noch Kontaktlinsen?

Wenn JA bitte Frage 5. Wenn NEIN bitte weiter mit Frage 5 und dann Frage 10

JA NEIN

5. Warum haben Sie aufgehört Kontaktlinsen zu tragen?

6. Welchen Kontaktlinsentyp tragen Sie? hartflexibel weiche weiche Austausch-KL

7. Was bezahlen Sie ungefähr für Ihr derzeitiges Produkt/Monat?

8. Sind Sie mit Ihren Kontaktlinsen zufrieden?

JA NEIN

9. Sind Ihre Kontaktlinsen abends genauso angenehm zu tragen wie morgens nach dem Aufsetzen?

JA NEIN

10. Wieviele Tage pro Woche möchten Sie Ihre Kontaktlinsen tragen?

11. Und wieviele Stunden pro Tag möchten Sie Ihre Kontaktlinsen problemlos tragen?

12. Kennen Sie das Problem trockener Augen beim Kontaktlinsen Tragen und/oder verwenden Sie Augentropfen?

JA NEIN

13. Benutzen Sie Nachbenetzungstropfen

JA NEIN

14. In welchem Umfeld arbeiten Sie?

Computerarbeit ca. Stunden / pro Tag

klimatisierte Räume:

staubige Umgebung:

Schichtarbeit:

15. Welche Freizeitaktivitäten gehen Sie nach?

16. Welche Sportarten betreiben Sie?

ca. Stunden/pro Woche

17. Was erwarten Sie von Ihren zukünftigen Kontaktlinsen:

Optimale Sehqualität

Ausgezeichneten Tragekomfort auch am Ende des Tages

Ausgezeichneten Tragekomfort

bei Bildschirmarbeit/klimatisierten Räumen

Einfache Handhabung

Unterstützung bei der Gesunderhaltung Ihrer Augen

durch hohen Luftdurchlässigkeit und zusätzlichen UV-Schutz

Regelmäßige Sehschärfen- und Gesundheitskontrollen