



Kontaktlinsen Komfort Fragebogen

Anmerkungen zum Fragebogen:

Ziel dieses Fragebogens ist es, mehr über Probleme bei trockenen Augen zu erfahren, die bei Kontaktlinsenträgern häufig beschrieben werden. Wir glauben, dass der Fragebogen bei der Beurteilung von Symptomen und bei der Diagnostizierung des trockenen Auges in Verbindung mit Kontaktlinsen hilfreich ist.

Wir möchten Sie bitten diesen Fragebogen auszufüllen, wofür Sie ca. 5 Minuten benötigen. Bitte seien Sie so genau wie möglich bei der Beantwortung der Fragen und kreisen Sie die entsprechende Antwort ein, die für Sie zutreffend ist.

1. Kontaktlinsen Komfort

a. Wie oft während eines typischen Tages der letzten Woche haben sich Ihre Augen beim Kontaktlinsentragen unkomfortabel angefühlt?

1. Nie (**Gehen Sie zu Frage 2!**)
2. Unregelmäßig
3. Gelegentlich
4. Häufig
5. Ständig

Wenn sich Ihre Augen unkomfortabel angefühlt haben, **wie stark** war dieses Gefühl?

b. Während der ersten beiden Stunden nach Einsetzen der Kontaktlinsen?

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

c. In der Mitte des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

d. Am Ende des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

2. Trockenheit

a. **Wie oft** während eines typischen Tages der letzten Woche haben sich Ihre Augen beim Tragen von Kontaktlinsen trocken angefühlt?

1. Nie (**Gehen Sie zu Frage 3!**)
2. Unregelmäßig
3. Gelegentlich
4. Häufig
5. Ständig

Wenn sich Ihre Augen trocken angefühlt haben, **wie stark** war dieses Trockenheitsgefühl?

b. Während der ersten beiden Stunden nach Einsetzen der Kontaktlinsen

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

c. In der Mitte des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

d. Am Ende des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

3. Unscharfes Sehen

a. **Wie oft** während eines typischen Tages der letzten Woche hat Ihr Sehen beim Tragen von Kontaktlinsen zwischen klar und undeutlich gewechselt (z.B. nebeliges Sehen welches sich durch Blinzeln verbessert)?

1. Nie (**Gehen Sie zu Frage 4!**)
2. Unregelmäßig
3. Gelegentlich
4. Häufig
5. Ständig

Wie intensiv war dieses Unschärfesehen durchschnittlich beim Linsentragen?

b. Während der ersten beiden Stunden nach Einsetzen der Kontaktlinsen

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

c. In der Mitte des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

d. Am Ende des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

4. Reizungen

a. **Wie oft** während eines typischen Tages der letzten Woche haben sich Ihre Augen beim Tragen von Kontaktlinsen gereizt angefühlt?

1. Nie (**Gehen Sie zu Frage 5!**)
2. Unregelmäßig
3. Gelegentlich
4. Häufig
5. Ständig

Wie intensiv war dieses Gefühl von Reizung durchschnittlich beim Linsentragen?

b. Während der ersten beiden Stunden nach Einsetzen der Kontaktlinsen

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

c. In der Mitte des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

d. Am Ende des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

5. Sandgefühl

a. **Wie oft** während eines typischen Tages der letzten Woche haben sich Ihre Augen beim Tragen von Kontaktlinsen „sandig“ bzw. kratzig angefühlt?

1. Nie (**Gehen Sie zu Frage 6!**)
2. Unregelmäßig
3. Gelegentlich
4. Häufig
5. Ständig

Wie intensiv war dieses „sandige“ Gefühl durchschnittlich beim Linsentragen?

b. Während der ersten beiden Stunden nach Einsetzen der Kontaktlinsen

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

c. In der Mitte des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

d. Am Ende des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

6. Fremdkörpergefühl

a. Wie oft während eines typischen Tages der letzten Woche haben sich Ihre Augen beim Tragen von Kontaktlinsen angefühlt, als wäre etwas im Auge?

1. Nie (**Gehen Sie zu Frage 7!**)
2. Unregelmäßig
3. Gelegentlich
4. Häufig
5. Ständig

Wie intensiv war dieses Fremdkörpergefühl durchschnittlich beim Linsentragen?

b. Während der ersten beiden Stunden nach Einsetzen der Kontaktlinsen

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

c. In der Mitte des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

d. Am Ende des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

7. Brennen und Stechen

a. Wie oft während eines typischen Tages der letzten Woche haben sich Ihre Augen beim Tragen von Kontaktlinsen brennend und stechend angefühlt?

1. Nie (**Gehen Sie zu Frage 8!**)
2. Unregelmäßig
3. Gelegentlich
4. Häufig
5. Ständig

Wie intensiv war dieses Gefühl von Brennen und Stechen durchschnittlich beim Linsentragen?

b. Während der ersten beiden Stunden nach Einsetzen der Kontaktlinsen

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

c. In der Mitte des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

d. Am Ende des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

8. Lichtempfindlichkeit

a. Wie oft während eines typischen Tages der letzten Woche haben sich Ihre Augen beim Tragen von Kontaktlinsen ungewöhnlich lichtempfindlich angefühlt?

1. Nie (**Gehen Sie zu Frage 9!**)
2. Unregelmäßig
3. Gelegentlich
4. Häufig
5. Ständig

Wie intensiv war dieses Gefühl der Lichtempfindlichkeit durchschnittlich beim Linsentragen?

b. Während der ersten beiden Stunden nach Einsetzen der Kontaktlinsen

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

c. In der Mitte des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

d. Am Ende des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

9. Jucken

a. Wie oft während eines typischen Tages der letzten Woche haben Ihre Augen beim Tragen von Kontaktlinsen gejuckt?

1. Nie (**Gehen Sie zu Frage 10!**)
2. Unregelmäßig
3. Gelegentlich
4. Häufig
5. Ständig

Wie intensiv war dieses Jucken durchschnittlich beim Linsentragen?

b. Während der ersten beiden Stunden nach Einsetzen der Kontaktlinsen

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

c. In der Mitte des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

d. Am Ende des Tages

kaum spürbar					sehr stark
1	2	3	4	5	

10. Glauben Sie, dass Sie beim Tragen von Kontaktlinsen trockene Augen haben?

1. Ja
2. Nein
3. Unsicher

Herzlichen Dank