

Nachbetreuungs Protokoll

Herr Frau _____

Datum: _____

Aussagen des Kontaktlinsenträgers

Sehqualität mit der Kontaktlinse	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> akzeptabel, gelegentl. unscharf
Kontaktlinsen Handhabung	<input type="checkbox"/> einfach	<input type="checkbox"/> akzeptabel	<input type="checkbox"/> aufwändig
Tragezeiten	<input type="checkbox"/> < 12 Std.	<input type="checkbox"/> 12-16 Std.	<input type="checkbox"/> > 16 Std.
	<input type="checkbox"/> gelegentlich über Nacht	<input type="checkbox"/> häufig über Nacht	_____ mal pro Woche über Nacht
Komfortable Tragezeit: _____ Stunden/Tag			
Spontankomfort mit frischer Kontaktlinse	<input type="checkbox"/> sehr gut, nicht spürbar	<input type="checkbox"/> gut, gelegentlich spürbar	<input type="checkbox"/> unkomfortabel
Spontankomfort mit gereinigter Kontaktlinse	<input type="checkbox"/> angenehm	<input type="checkbox"/> leichtes Brennen	<input type="checkbox"/> unangenehm
Tragekomfort am Ende des Tages	<input type="checkbox"/> sehr gut, nicht spürbar	<input type="checkbox"/> gut, gelegentlich spürbar	<input type="checkbox"/> unkomfortabel
Gefühl nach Abnehmen der Kontaktlinse	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> leichter, nachlassender Reiz	<input type="checkbox"/> anhaltender Reiz
Persönlicher Gesamteindruck	<input type="checkbox"/> ausgezeichnet	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> akzeptabel <input type="checkbox"/> nicht akzeptabel

Beurteilung durch den Anpasser

Sehschärfe	Rechts: _____	Links: _____	binokular: _____
Kontaktlinsenoberfläche	<input type="checkbox"/> sauber	<input type="checkbox"/> leichter Belag	<input type="checkbox"/> verfärbt <input type="checkbox"/> Riss
	<input type="checkbox"/> Randdefekt	<input type="checkbox"/> zerkratzt	<input type="checkbox"/> nicht mehr tragbar
Sonstiges: _____			
Kontaktlinsensitz	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zu fest	<input type="checkbox"/> zu locker <input type="checkbox"/> dezentriert
Hornhaut	<input type="checkbox"/> ohne Befund	<input type="checkbox"/> leichte Irritation	<input type="checkbox"/> starke Irritation
Vaskularisation/Gefäßeinsprossungen	<input type="checkbox"/> ohne Befund	<input type="checkbox"/> vereinzelt	<input type="checkbox"/> Gefäßneubildung
Bulbäre Bindehaut	<input type="checkbox"/> ohne Befund	<input type="checkbox"/> leichte Rötung	<input type="checkbox"/> starke Rötung
Lidbindehaut	<input type="checkbox"/> ohne Befund	<input type="checkbox"/> leichte Rötung	<input type="checkbox"/> starke Rötung
Gesamteindruck	<input type="checkbox"/> optimal	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> verbesserungsbedürftig
Sonstiges: _____			

Empfehlung

Kontaktlinsenaustausch	<input type="checkbox"/> nicht notwendig	<input type="checkbox"/> empfohlen	<input type="checkbox"/> erforderlich
Kontaktlinsen-Materialwechsel	<input type="checkbox"/> nicht notwendig	<input type="checkbox"/> empfohlen	<input type="checkbox"/> erforderlich
Erhöhung der Tauschfrequenz	<input type="checkbox"/> nicht notwendig	<input type="checkbox"/> empfohlen	<input type="checkbox"/> erforderlich
Pflegemittelwechsel	<input type="checkbox"/> nicht notwendig	<input type="checkbox"/> empfohlen	<input type="checkbox"/> erforderlich
Wechsel auf: _____			
Zusätzliche manuelle Reinigung	<input type="checkbox"/> nicht notwendig	<input type="checkbox"/> empfohlen	<input type="checkbox"/> erforderlich
mit: _____			
Zusätzliche Proteinreinigung	<input type="checkbox"/> nicht notwendig	<input type="checkbox"/> empfohlen	<input type="checkbox"/> erforderlich
mit: _____			
Tragepause einlegen, bis zur nächsten Nachkontrolle am: _____			
Tägliche Tragezeit reduzieren auf: _____ Stunden			

Unterschrift/ Stempel des Kontaktlinsenanpassers