

Name und Vorname: .....

Adresse: ..... PLZ/Ort: .....

E-Mail: ..... Geburtsdatum: .....

Telefon privat: ..... Mobil: .....

Beruf: ..... Versicherung: .....

◆ Bei welcher Tätigkeit stören die Floater am meisten?  
.....

◆ Seit wann leiden Sie an Floatern? .....

◆ Auf welchem Auge sind die Beschwerden am stärksten?  rechtes Auge  linkes Auge

◆ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein

Blutverdünner: .....  Augentropfen/-salben: .....

Andere: .....

◆ Augenfarbe: .....

◆ Brillenwerte: RA: .....

LA: .....

◆ Leiden Sie an Erkrankungen?  Diabetes  Hoher Blutdruck  Andere: .....

◆ Bei welchem Augenarzt sind Sie derzeit in Behandlung?  
.....

◆ Hatten Sie schon Eingriffe an den Augen?

Refraktive Eingriffe (LASIK, LASEK, SMILE oder andere)

Wie war Ihre Brillenstärke vor diesem Eingriff? rechtes Auge ..... linkes Auge .....

Katarakt-Operation  Netzhaut-Operation  Andere: .....

Datum: .....

Unterschrift: .....





## Zeichnung Ihrer Floater

### *Rechtes Auge*

Name und Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Können Sie eine Zeichnung Ihrer Floater anfertigen? Je präziser Sie den Floater darstellen können, umso einfacher ist es, ihn bei der Laserbehandlung zu identifizieren.

Zeichnung erstellt am: .....





## Zeichnung Ihrer Floater

### *Linkes Auge*

Name und Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Können Sie eine Zeichnung Ihrer Floater anfertigen? Je präziser Sie den Floater darstellen können, umso einfacher ist es, ihn bei der Laserbehandlung zu identifizieren.

Zeichnung erstellt am: .....





## Flugbahn Ihrer Floater im Gesichtsfeld bei Blickbewegungen

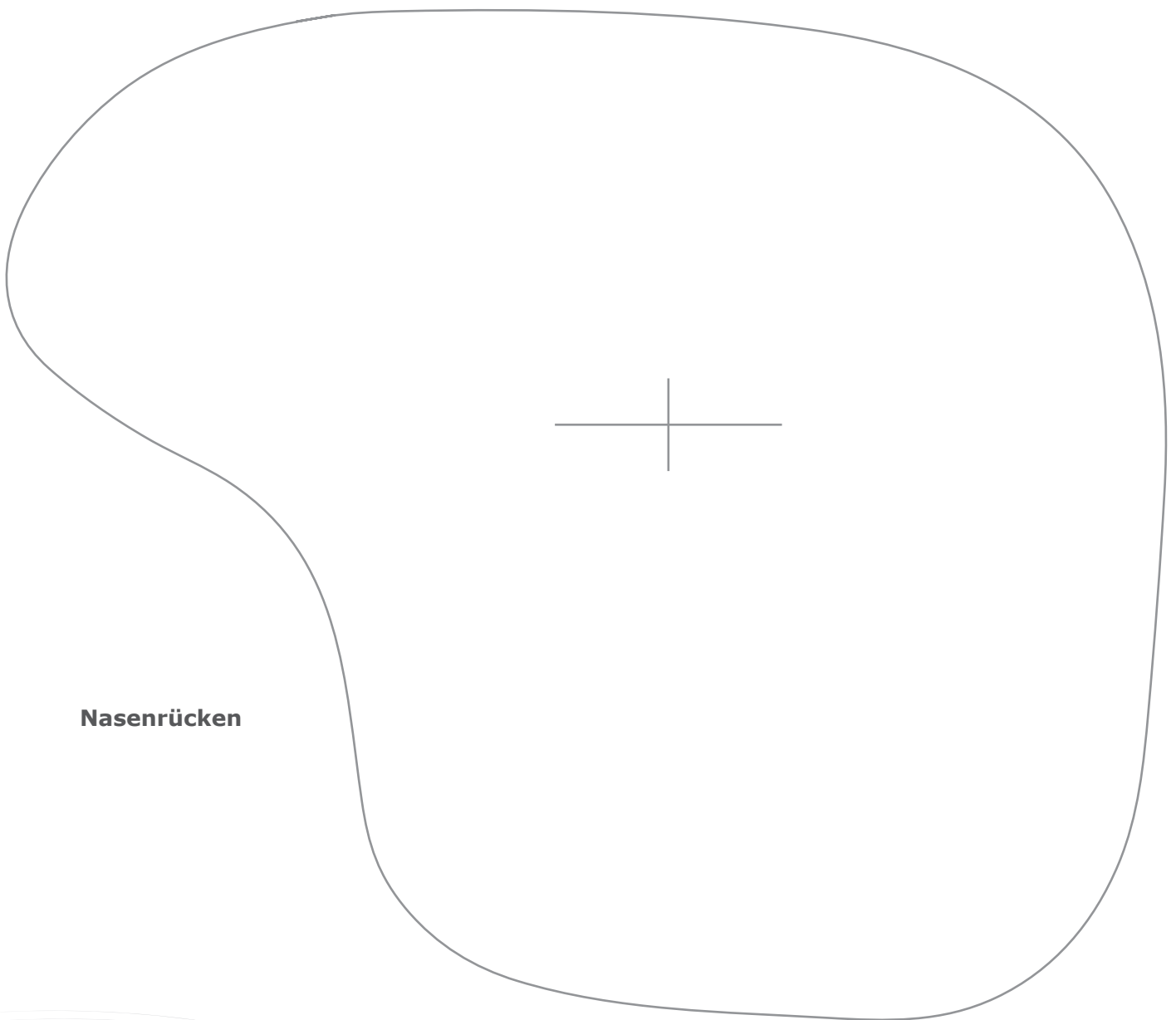
### Rechtes Auge

Name und Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Können Sie eine Zeichnung Ihrer Floater anfertigen? Je präziser Sie den Floater darstellen können, umso einfacher ist es, ihn bei der Laserbehandlung zu identifizieren.

Zeichnung erstellt am: .....

### Gesichtsfeld rechtes Auge





## Flugbahn Ihrer Floater im Gesichtsfeld bei Blickbewegungen

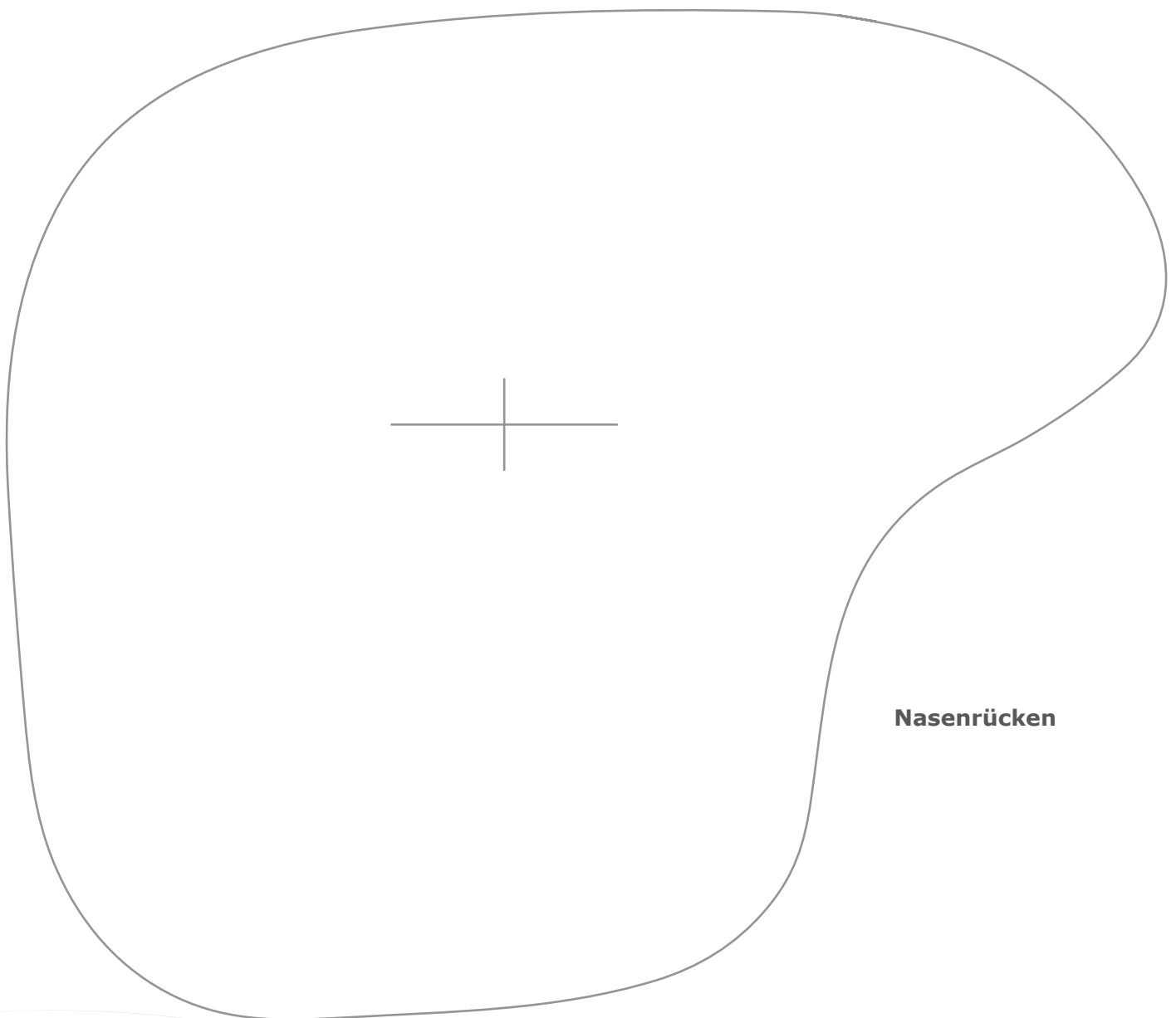
### Linkes Auge

Name und Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Können Sie eine Zeichnung Ihrer Floater anfertigen? Je präziser Sie den Floater darstellen können, umso einfacher ist es, ihn bei der Laserbehandlung zu identifizieren.

Zeichnung erstellt am: .....

### Gesichtsfeld linkes Auge



Nasenrücken





### Wie hoch ist Ihre subjektive Belastung durch die Floater?

In 2011 wurde von den Augenärzten Wagle et al. aus Singapur eine Studie veröffentlicht, in der der Leidensdruck von Floater Patienten gemessen wurde. Die Frage lautete immer: „Falls Sie heute diese Klinik ohne Beschwerden verlassen würden, wie viel Prozent der Ihnen verbleibenden Lebenszeit würden Sie dafür opfern?“ Diese Fragestellung ist sehr provokant. Daher geben wir noch einmal eine genaue Erläuterung. Sie sind zum Beispiel derzeit 35 Jahre alt. Sie wissen nicht, ob Sie nur 40 oder 80 Jahre Lebenszeit erreichen. Vielleicht sind es demnach nur 5 - vielleicht aber auch 45 Jahre. Wieviel von der verbleibenden Zeitspanne wären Sie bereit zu geben, um völlig frei von Floater Beschwerden zu sein?

Als Durchschnittsergebnis kam dabei ein Wert von 11 % heraus. Der Vergleich mit anderen ernsten Erkrankungen ist beachtlich. Patienten die an einer asymptomatischen HIV Infektion leiden oder einen leichten Schlaganfall erlitten haben, geben einen Wert von 13 % an.

Diese Studie hat in den letzten Jahren für Erstaunen unter Augenärzten gesorgt (Reference: Ajeet M. Wagle et al. Utility Values Associated With Vitreous Floaters. Am J Ophthalmol 2011.01.026/PDF 04). Man wird seinen Patienten also nachweislich nicht gerecht, wenn man die Beschwerden durch Mouches volantes nur einfach als Befindlichkeitsbeschwerden bezeichne. Damit ich mich besser in Ihre Situation versetzen kann, bitte ich Sie, in aller Ruhe darüber nachzudenken, welche Antwort Sie in dieser Studie gegeben hätten. Von Ihrer Einschätzung ist durchaus auch meine Behandlungsstrategie abhängig.

Ihr persönlicher WAGLE Wert: ..... % Lebenszeit

