ORASIS
AUGENKLINIK

Ocular Surface Disease Index (OSDI)

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Seit wann haben Sie trockene Augen?: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und kreisen die Antwort in dem jeweiligen Kästchen ein, welche am ehesten auf die Frage zutrifft. Kreuzen Sie „N/A“ an, wenn Sie die betreffende Tätigkeit in der letzten Woche nie ausgeführt haben oder den beschriebenen Bedingungen nie ausgesetzt waren.

Sind bei Ihnen folgende Beschwerden während der letzten Woche aufgetreten?	immer	meistens	die Hälfte der Zeit	manchmal	nie
1. lichtempfindliche Augen?	4	3	2	1	0
2. sandiges Gefühl in den Augen?	4	3	2	1	0
3. Schmerzen im Bereich der Augen?	4	3	2	1	0
4. verschwommene Sicht?	4	3	2	1	0
5. mangelhafte/schwache Sicht?	4	3	2	1	0

Wurden Sie, während der letzten Woche, bei der Durchführung folgender Aktivitäten eingeschränkt?	immer	meistens	die Hälfte der Zeit	manchmal	nie	N/A
6. beim Lesen?	4	3	2	1	0	N/A
7. beim Fahren während der Nacht?	4	3	2	1	0	N/A
8. beim Arbeiten am Computer?	4	3	2	1	0	N/A
9. beim Fernsehen schauen?	4	3	2	1	0	N/A

Hatten Sie, während der letzten Woche, in den folgenden Situationen ein unangenehmes Gefühl in den Augen?	immer	meistens	die Hälfte der Zeit	manchmal	nie	N/A
10. bei windigen Bedingungen?	4	3	2	1	0	N/A
11. an Orten oder Gebieten mit geringer Luftfeuchtigkeit?	4	3	2	1	0	N/A
12. an Orten, die klimatisiert sind?	4	3	2	1	0	N/A

Gesamtpunktzahl der beantworteten Fragen_____

AUGENKLINIK ORASIS | Titlisstrasse 44 | 5734 Reinach AG - Switzerland | Phone +41 (0)62-765 60 80 | Fax +41 (0)62-765 60 81
www.orasis.ch | augenzentrum@orasis.ch