

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 <u>letzten Woche</u> 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 <u>letzten Woche</u>, 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 <u>letzten Woche</u>, 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 _____