



LASIK-TEST

Beantworten Sie die folgenden Fragen, um herauszufinden, ob eine LASIK-Therapie bei Ihnen in Frage kommen könnte.
Notieren Sie Ihre Antworten!

„WEITER BLÄTTERN“ FÜR TESTBEGINN



LASIK-TEST

1. SIND SIE VOLLJÄHRIG?

JA

NEIN



LASIK-TEST

2. SIND IHRE BRILLEN UND/ODER KONTAKT-
LINSENWERTE SEIT 2 JAHREN STABIL?

JA

NEIN

WEIß
NICHT



LASIK-TEST

3. STILLEN SIE DERZEIT NICHT, SIND SCHWAN-
GER ODER PLANEN IM MOMENT SCHWANGER
ZU WERDEN?

JA

NEIN



LASIK-TEST

4. SIND SIE GEWILLT SICH SELBER ÜBER LASIK
UND DESSEN RISIKEN UND VORTEILE ZU
INFORMIEREN?

JA

NEIN



LASIK-TEST

5. WIE ALLE OPERATIVEN EINGRIFFE, KANN EINE AUGEN-
OPERATION AUCH RISIKEN UND KOMPLIKATIONEN MIT
SICH BRINGEN. SIND SIE SICH DIESER RISIKEN BEWUSST
BZW. BEREIT SICH ÜBER DIE RISIKEN ZU INFORMIEREN?
WÜRDEN SIE DIE RISIKEN AKZEPTIEREN?

JA

NEIN



LASIK-TEST

6. SIE HABEN KEINE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN:
DIABETES, AUTOIMMUN-KRANKEHEIT (Z.B. AIDS,
MULTIPLE SKLEROSE, ETC.), IMMUNSCHWÄCHE, KOLLA-
GENE GEFÄSSERKRANKUNGEN?

JA

NEIN



LASIK-TEST

7. SIE HABEN KEINE ENTZÜNDLICHE AUGENKRANKHEITEN ODER ANDERE AUGENKRANKHEITEN WIE ERKRANKUNGEN DER HORNHAUT, HORNHAUTNARBEN, TROCKENE AUGEN, NETZHAUTERKRANKUNGEN, AUGENHERPES, GRAUER STAR?

JA

NEIN



LASIK-TEST

8. IHRE WERTE LIEGEN ZWISCHEN -8 DPT.
(KURZSICHTIGKEIT) UND +4 DPT. (WEIT-
SICHTIGLKEIT)?

JA

NEIN



LASIK-TEST

TEST ABGESCHLOSSEN

MEHRHEITLICHE ANTWORT:

JA

Sie bringen einige wichtige Grundvoraussetzungen für eine Laser-Behandlung mit, dennoch sollten Sie unbedingt Details mit einem Arzt besprechen. Eine optimale Entscheidung hängt wesentlich von Ihren Augen, Ihrem Alter und Ihrer Lebenssituation ab!

MEHRHEITLICHE ANTWORT:

NEIN

Sie haben einige Antworten abgegeben, die gegen eine Laser-Behandlung sprechen. Dennoch kann es nicht schaden, dies mit einem professionellen Augenarzt abzuklären