

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen bei der Behandlung Ihrer Augenprobleme.

Ihre Augenbehandlung kann umfassen:

- **Medikamente (z. B. Tabletten, Augentropfen);**
- **Kontrolluntersuchungen in einer Augenklinik/bei einem Augenarzt;**
- **Behandlungen in einer Augenklinik/bei einem Augenarzt.**

Worum wir Sie in diesem Fragebogen bitten:

- **Denken Sie an die zuletzt erfolgte Behandlung Ihrer Augenprobleme.**
- **Denken Sie an die Behandlung Ihrer Augenprobleme, nicht jedoch an Kurz- oder Weitsichtigkeit oder eine andere durch Sehhilfen korrigierte Fehlsichtigkeit.**
- **Beantworten Sie jede Frage, indem Sie das Kästchen neben einer der Zahlen von 6 bis 0 oder manchmal 7 bis 0 ankreuzen.**

**1. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Behandlung Ihrer Augenprobleme?**

6 sehr zufrieden .....6

5 .....5

4 .....4

3 .....3

2 .....2

1 .....1

0 sehr unzufrieden.....0

**2. Wie gut verläuft / wirkt Ihrem Eindruck nach die Behandlung Ihrer Augenprobleme?**

6 sehr gut.....6

5 .....5

4 .....4

3 .....3

2 .....2

1 .....1

0 sehr schlecht.....0