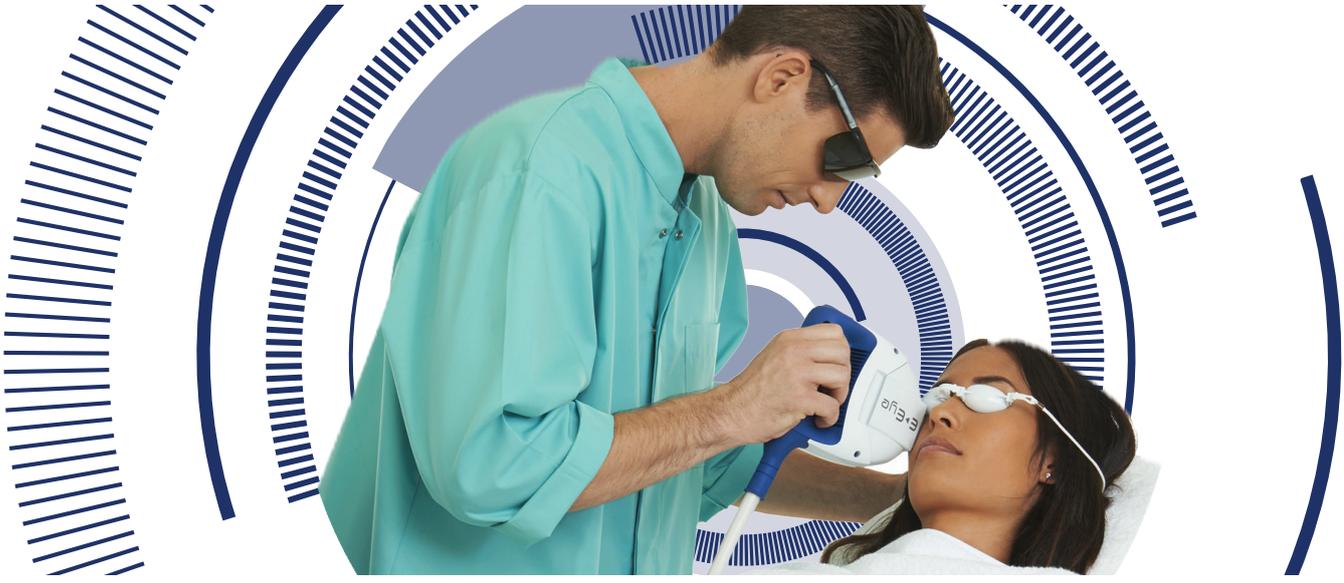


Name

Vorname

Fragebogen SELBSTBEWERTUNG



INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN

1- SIE SIND ...

Eine Frau	<input type="checkbox"/>
Ein Mann	<input type="checkbox"/>

2- QUELLE EST VOTRE TRANCHE D'AGE ?

< 18 Jahre	<input type="checkbox"/>
18 bis 34 Jahre	<input type="checkbox"/>
35 bis 54 Jahre	<input type="checkbox"/>
55 bis 74 Jahre	<input type="checkbox"/>
> 74 Jahre	<input type="checkbox"/>

3- WELCHE LINDERUNGSBEHANDLUNG HABEN SIE VOR DER BEHANDLUNG MIT DEM E-EYE ERHALTEN ?

Tränenflüssigkeitsersatz (Augentropfen)	<input type="checkbox"/>
Verschluss der Tränenpünktchen	<input type="checkbox"/>
Brille mit Feuchtigkeitskammer	<input type="checkbox"/>
Antibiotika-Behandlung	<input type="checkbox"/>
Cortison-Augentropfen	<input type="checkbox"/>
Ciclosporin	<input type="checkbox"/>
Behandlung mit Nahrungsergänzungsmitteln	<input type="checkbox"/>
LipiFlow	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>

ABLAUF DER SITZUNGEN

4- WIEVIELE E-EYE-SITZUNGEN HABEN SIE ABSOLVIERT ?

1 Sitzung	<input type="checkbox"/>
2 Sitzungen	<input type="checkbox"/>
3 Sitzungen	<input type="checkbox"/>
4 Sitzungen	<input type="checkbox"/>
5 Sitzungen	<input type="checkbox"/>
Mehr als 5 Sitzungen	<input type="checkbox"/>

5- FANDEN SIE DIE BEHANDLUNG MIT DEM E-EYE SCHMERZHAFT ?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

6- FANDEN SIE, DASS DIE BEHANDLUNGSSITZUNGEN MIT DEM E-EYE SCHNELL GINGEN?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

SELBSTBEWERTUNG DER LEISTUNG (ZUFRIEDENHEITSGRAD)

7- WELCHE VERBESSERUNG (AUF DER SKALA 0 BIS 10) WURDE BEI IHNEN NACH JEDER DER SITZUNGEN ERZIELT?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nach 1 Sitzung (auszufüllen bei der 2. Sitzung)	<input type="checkbox"/>										
Nach 2 Sitzungen (auszufüllen bei der 3. Sitzung)	<input type="checkbox"/>										
Nach 3 Sitzungen (auszufüllen bei der 4. Sitzung)	<input type="checkbox"/>										
Nach 4 Sitzungen (auszufüllen beim nächsten Arztbesuch).	<input type="checkbox"/>										

8- WÜRDEN SIE DIE BEHANDLUNG MIT DEM E-EYE IN IHREM FREUNDES- UND BEKANNTENKREIS WEITEREMPFEHLEN?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>



Die technologische Innovation

E-Eye