



BIVSS CHECKLISTE (Brain Injury Vision Symptom Survey)

Dies ist ein wissenschaftlicher Fragebogen, um visuelle Beschwerden in Zusammenhang mit Gehirnerschütterung / Schädel-Hirn-Trauma zu evaluieren.

Ein Punktezahl von insgesamt 31 oder mehr ist auffällig und sollte durch einen Optometristen ausführlicher untersucht werden.

Sehleistung	nie	selten	manchmal	häufig	immer
1. Das Sehen in die Ferne ist verschwommen und nicht klar, auch mit meiner Korrektur nicht.	<input type="radio"/>				
2. Das Sehen in die Nähe ist verschwommen und nicht klar, auch mit meiner Korrektur nicht.	<input type="radio"/>				
3. Mein Sehen und die Sehleistung schwankt und ändert sich während des Tages.	<input type="radio"/>				
4. Mein Sehen in der Nacht ist generell ungenügend, ich sehe nachts schlecht beim Autofahren.	<input type="radio"/>				
Visueller Komfort	nie	selten	manchmal	häufig	immer
5. Meine Augen fühlen sich irritiert an und ich habe Augenschmerzen.	<input type="radio"/>				
6. Ich leide unter Kopfschmerzen und/oder Schwindel, nachdem ich konzentriert sehen musste.	<input type="radio"/>				
7. Am Ende des Tages habe ich müde Augen.	<input type="radio"/>				
8. Ich spüre ein "Ziehen" um die Augen.	<input type="radio"/>				
Doppelbilder	nie	selten	manchmal	häufig	immer
9. Bei Müdigkeit habe ich Doppelbilder.	<input type="radio"/>				
10. Um korrekt zu sehen, muss ich ein Auge abdecken oder schließen.	<input type="radio"/>				
11. Während des Lesens schwankt die Schrift zwischen scharf und unscharf.	<input type="radio"/>				
Lichtempfindlichkeit	nie	selten	manchmal	häufig	immer
12. Normales Innenlicht empfinde ich als unkomfortabel, es blendet mich.	<input type="radio"/>				
13. Natürliches Außenlicht ist zu hell, ich benutze eine Sonnenbrille.	<input type="radio"/>				
14. Fluoreszierendes Innenlicht stört und irritiert mich.	<input type="radio"/>				



Trockenes Auge

	nie	selten	manchmal	häufig	immer
15. Meine Augen fühlen sich trocken an und "brennen".	<input type="radio"/>				
16. Ich "starre" ins Leere und blinze dann nicht genügend.	<input type="radio"/>				
17. Ich muss meine Augen häufig reiben.	<input type="radio"/>				

Tiefenwahrnehmung

	nie	selten	manchmal	häufig	immer
18. Ich bin etwas "tollpatschig" und schätze Abstände zu Objekten falsch ein.	<input type="radio"/>				
19. Ich bin unsicher beim Gehen, verpasse Stufen und stolpere.	<input type="radio"/>				
20. Ich habe eine schlecht leserliche Handschrift (speziell bezüglich Abständen und Größe).	<input type="radio"/>				

Periphere Wahrnehmung

	nie	selten	manchmal	häufig	immer
21. Die Sicht zur Seite ist verzerrt, Objekte verschieben sich oder verändern ihre Position.	<input type="radio"/>				
22. Was für mich geradeaus erscheint, ist es in Wirklichkeit oftmals nicht.	<input type="radio"/>				
23. Ich vermeide Menschenansammlungen, kann visuell überladene Orte nicht ertragen.	<input type="radio"/>				

Lesen

	nie	selten	manchmal	häufig	immer
21. Ich kann meine Konzentration nicht lange aufrechterhalten und lasse mich beim Lesen leicht ablenken.	<input type="radio"/>				
22. Lesen und schreiben empfinde ich als schwierig und ich bin langsam.	<input type="radio"/>				
23. Schlechtes Leseverständnis, kann mich schlecht erinnern, was ich gelesen habe.	<input type="radio"/>				
24. Worte werden ausgelassen oder verwechselt.	<input type="radio"/>				
25. Ich finde die Zeilen und die Position nicht wieder und benutze den Finger als Hilfestellung.	<input type="radio"/>				

__x 0 __x 1 __x 2 __x 3 __x 4

Nie = 0 Punkte

Selten = 1 Punkt

Manchmal = 2 Punkte

Häufig = 3 Punkte

Immer = 4 Punkte

Gesamtpunktzahl: _____