

## Checkliste

1. Sind Sie älter als 45 Jahre?  
 ja  
 nein
  
2. Haben Sie eine der folgenden Augen-Beschwerden?
  - Rötung
  - Trockenheitsgefühl
  - Juckreiz
  - schmerzende Augen
  - Sandkorngefühl
  - Brennen
  - chronische Lidrandentzündung ja  
 nein
  
3. Leiden Sie häufiger an o.g. Beschwerden?  
 ja  
 nein
  
4. Sind Ihre Augen empfindlich gegen Rauch, Smog, Klimaanlage, Heizungsluft?  
 ja  
 nein
  
5. Nehmen Sie eines oder mehrere der folgenden Medikamente regelmäßig ein?
  - Schlaftabletten
  - Entwässerungsmittel
  - Medikamente gegen Allergien
  - Beruhigungsmittel
  - Anti-Baby-Pille
  - blutdrucksenkende Mittel ja  
 nein
  
6. Haben Sie Diabetes, Rheuma, trockene Schleimhäute oder eine Schilddrüsenerkrankung?  
 ja  
 nein