

## NAME

Liebe Kundin, lieber Kunde,

Sie interessieren sich für das EasyContact Kontaktlinsensystem und möchten gerne seine Leistungen in Anspruch nehmen.

Damit wir die für Sie bestmöglichen Linsen auswählen können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

### 1. WIE IST DAS SEHEN MIT IHRER AKTUELLEN BRILLE BZW. KONTAKTLINSE...

... in der Ferne  sehr gut  mäßig  schlecht  
... in der Nähe  sehr gut  mäßig  schlecht

### 2. WIE SIND IHRE SEHGEWOHNHEITEN? (ANGABE IN STUNDEN TÄGLICH)

PC-Arbeit  Std.  
KFZ-Fahren  Std.  
Lesen  Std.  
Freizeit/Sport  Std.

### 3. HABEN ODER HATTEN SIE FOLGENDE AUGENBESCHWERDEN?

- Tränende Augen
- Lichtempfindlichkeit
- Rote Augen
- Umstellungsprobleme beim Sehen Nah und Fern
- Trockene Augen
- Sehprobleme bei Dämmerung
- Sonstiges:

**VIELEN DANK!**

Ihr Kontaktlinsenspezialist