

**Welche zusätzlichen Erwartungen haben Sie an Ihre Kontaktlinsen?**

**Tragekomfort**

**Können Sie spüren, dass Sie Kontaktlinsen im Auge haben?**

---

Ja/Nein

**Sind Ihre Linsen stets angenehm zu tragen, auch am Ende des Tages?**

Ja/Nein

**Sind Ihre Linsen auch in Räumen mit Klimaanlage oder bei der Arbeit am Computer stets angenehm zu tragen?**

Ja/Nein

---

**Sehschärfe**

**Sehen Sie tagsüber gelegentlich unscharf?**

Ja/Nein

**Passt Ihre Linse nicht richtig, oder haben Sie das Gefühl, unscharf zu sehen?**

Ja/Nein

---

**Gesundheit**

**Sind Ihre Augen nach dem Herausnehmen der Linsen genauso weiß wie vor dem Einsetzen?**

Ja/Nein

**Möchten Sie, dass Ihre Kontaktlinsen Ihre Augen vor UV-Strahlen schützen?**

Ja/Nein

**Möchten Sie heute über die aktuelle Kontaktlinsen-Technologie informiert werden?**

Ja/Nein