



FUNKSIONELE VISIE VRAELYS 1

Datum: _____ Naam: _____ Geb. Datum: _____

| | JA | NEE |
|---|----|-----|
| 1. Ervaar u ooit dubbelvisie? | | |
| 2. Lyk dit of voorwerpe beweeg wat in werklikheid nie beweeg nie? | | |
| 3. Kry u hoofpyne wanneer u na 3D rolprente kyk? | | |
| 4. Verdwaal u maklik? | | |
| 5. Neem dit inspanning om konsentrasie te behou? | | |
| 6. Herlees of slaan lyne oor terwyl lees? | | |
| 7. Voel u lomp? | | |
| 8. Stamp u teen goed as u rondbeweeg? | | |
| 9. Brand, jeuk of traan u oë? Pyn u oë of ervaar u dat u oë trek? | | |
| 10. Vermoed u sport met vinnige bewegende voorwerpe? | | |
| 11. Voel dit of woorde beweeg as u lees? | | |
| 12. Het u 'n geneigdheid om meer as ander met vloestowwe te mors? | | |
| 13. Verg bestuur ekstra inspanning en konsentrasie? | | |
| 14. Neem dit 'n rukkie om te fokus as u op kyk nadat u nabywerk gedoen het? | | |
| 15. Voel u oë moeg aan die einde van die dag? | | |
| 16. Moet u soms een oog toemaak of op skrefies trek wanneer u na voorwerpe kyk? | | |
| 17. Maak besige plekke of winkelsentrums u ongemaklik? | | |
| 18. Is u baie ligsensitief vir sonlig of weerkaatsing en trek u oë dan op skrefies? | | |
| 19. Voel dit vir u met tye of u tonnelvisie het ten spyte van baie goed om na te kyk? | | |
| 20. Verdwaal u in plekke soos supermarkte? | | |
| 21. Maak u gereeld foute wanneer werk afgeskryf word? | | |
| 22. Vergeetagtig of swak geheue? | | |