

# Fragebogen für Patienten

## 1 Woche nach der OP

Frage	Antwortmöglichkeiten
Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit dem Chirurgen, der Sie am Auge operiert hat	0 (Nicht zufrieden) - 10 (Sehr zufrieden)
Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit dem Krankenhaus, in dem Sie operiert wurden	0 (Nicht zufrieden) - 10 (Sehr zufrieden)

## 1 Monat post-op questionnaire

Frage	Antwortmöglichkeiten
Hatten Sie in den letzten Monaten das Gefühl, dass Ihr ‚schlechtes Auge‘ Ihr Sehvermögen insgesamt beeinträchtigt oder stört?	a. Nein, niemals
	b. Ja, manchmal
	c. Ja, meistens
	d. Ja, immer
Wie sehr hat Ihr Sehvermögen im letzten Monat Ihr Leben im Allgemeinen beeinträchtigt?	a. Überhaupt nicht
	b. Kaum
	c. Ein wenig
	d. Ziemlich viel
	e. Sehr viel
	f. Extrem viel

<p>Wie würden Sie Ihr Sehvermögen im letzten Monat insgesamt beschreiben - mit beiden Augen offen und mit Brille oder Kontaktlinsen, wenn Sie diese normalerweise tragen?</p>	a. Ausgezeichnet
	b. Sehr gut
	c. Ziemlich gut
	d. Durchschnittlich
	e. Ziemlich schlecht
	f. Sehr schlecht
	g. Schrecklich
<p>Wie oft hat Sie Ihr Augenlicht im letzten Monat daran gehindert, die Dinge zu tun, die Sie gerne tun würden?</p>	a. Nie
	b. Manchmal
	c. Meistens
	d. Immer
<p>Hatten Sie im letzten Monat Schwierigkeiten beim Lesen normaler Drucke in Büchern oder Zeitungen aufgrund von Sehproblemen?</p>	a. Keine Schwierigkeiten
	b. Ja, leichte Schwierigkeiten
	c. Ja, einige Schwierigkeiten
	d. Ja, große Schwierigkeiten
	e. Ich kann wegen meiner Sehkraft nicht mehr lesen
	f. Ich kann aus anderen Gründen nicht lesen
<p>Bitte sagen Sie uns, von wem die Antworten auf die Fragen stammen und wer sie aufgeschrieben hat</p>	a. Ich habe alle Antworten gegeben und selbst aufgeschrieben
	b. Ich habe alle Antworten gegeben und jemand anderes hat sie aufgeschrieben, während ich sprach
	c. Ein Freund oder Verwandter hat einige der Antworten in meinem Namen gegeben

## 3 Monate nach der OP

Fragen	Antwortmöglichkeiten
Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit dem Ergebnis Ihrer Augenoperation	0 (Nicht zufrieden) - 10 (Sehr zufrieden)
Wie oft tragen Sie eine Brille für Aktivitäten in der Ferne (z. B. Autofahren, Fernsehen)?	0 (Immer) - 10 (Nie)
Wie oft tragen Sie eine Brille für Aktivitäten im Zwischenbereich (z. B. Computerarbeit, Kochen)?	0 (Immer) - 10 (Nie)
Wie oft tragen Sie eine Brille für Aktivitäten in der Nähe (z. B. Lesen, Mobiltelefon)?	0 (Immer) - 10 (Nie)
Verfügen Sie jetzt über die Sequalität, die Sie zuvor mit Ihrem Operateur besprochen und vereinbart hatten?	Ja / Nein / Bin nicht sicher
In welchem Ausmaß bemerken Sie tagsüber Sehbeeinträchtigungen?	0 (Nie) - 10 (Oft und störend)
In welchem Ausmaß bemerken Sie abends/ nachts Sehbeeinträchtigungen?	0 (Nie) - 10 (Oft und störend)

## 1 Jahr nach der OP

Fragen	Antwortmöglichkeiten
Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit dem Ergebnis Ihrer Augenoperation	0 (Nicht zufrieden) - 10 (Sehr zufrieden)
In welchem Ausmaß bemerken Sie tagsüber Sehbeeinträchtigungen?	0 (Nie) - 10 (Oft und störend)
In welchem Ausmaß bemerken Sie abends/ nachts Sehbeeinträchtigungen?	0 (Nie) - 10 (Oft und störend)
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Laserbehandlung an der Hornhaut (z. B. LASIK, PRK)?	Ja / Nein
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Laserbehandlung im Auge (z.B. Nd:YAG, Kapsulotomie)?	Ja / Nein

Wurde Ihnen in den letzten 12 Monaten eine zusätzliche additive Intraokularlinse (IOL) in Ihr Auge implantiert?	Ja / Nein
---	-----------

## 2 Jahre nach der OP

Fragen	Antwortmöglichkeiten
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Laserbehandlung an der Hornhaut (z. B. LASIK, PRK)?	Ja / Nein
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Laserbehandlung im Auge (z.B. Nd:YAG, Kapsulotomie)?	Ja / Nein
Wurde Ihnen in den letzten 12 Monaten eine zusätzliche additive Intraokularlinse (IOL) in Ihr Auge implantiert?	Ja / Nein

## 3 Jahre nach der OP

Fragen	Antwortmöglichkeiten
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Laserbehandlung an der Hornhaut (z. B. LASIK, PRK)?	Ja / Nein
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Laserbehandlung im Auge (z.B. Nd:YAG, Kapsulotomie)?	Ja / Nein
Wurde Ihnen in den letzten 12 Monaten eine zusätzliche additive Intraokularlinse (IOL) in Ihr Auge implantiert?	Ja / Nein