

Patient Questionnaire Breakdown

1 Week post-op questionnaire

| Question | Answer options |
|---|---|
| Ocenite svoje zadovoljstvo s kirurgom, ki vam je opravil operacijo oči. | 0-10 scale (Sploh nisem zadovoljen/a > Izjemno zadovoljen/a) |
| Ocenite svoje zadovoljstvo z bolnišnico, kjer ste imeli operacijo oči. | 0-10 scale (Sploh nisem zadovoljen/a > Izjemno zadovoljen/a) |

1 Month post-op questionnaire

| Question | Answer options |
|--|--------------------|
| Ali ste v preteklem mesecu čutili, da vaše slabo oko vpliva ali moti vaš vid na splošno? | a. Ne nikoli |
| | b. Da, nekaj časa |
| | c. Da, večino časa |
| | d. Da, ves čas |
| Koliko vas je v zadnjem mesecu motil vid na splošno? | a. Sploh ne |
| | b. Komaj opazno |
| | c. Malo |
| | d. Izjemno |
| | e. Veliko |
| | f. Izjemno |

| | |
|---|--|
| Kako bi opisali svoj vid na splošno v preteklem mesecu – z obema odprtima očesoma, z očali ali kontaktnimi lečami, če jih nosite? | a. Odlično |
| | b. Zelo dobro |
| | c. Precej dobro |
| | d. Povprečno |
| | e. Precej skromno |
| | f. Zelo reven |
| | g. Grozljivo |
| Kako pogosto vam je v preteklem mesecu vid preprečil, da bi počeli stvari, ki bi jih želeli? | a. Nikoli |
| | b. Nekaj časa |
| | c. Večino časa |
| | d. Ves čas |
| Ali ste imeli v zadnjem mesecu zaradi težav z vidom težave z branjem običajnega tiska v knjigah ali časopisih? | a. Brez težav |
| | b. Da, malo težav |
| | c. Da, nekaj težav |
| | d. Ja, veliko težav |
| | e. Zaradi vida ne morem več brati |
| | f. Ne morem brati zaradi drugih razlogov |
| Povejte nam, kdo je dejansko dal odgovore na vprašanja in kdo jih je zapisal | a. Vse odgovore sem podal/a in zapisal/a sam/a |
| | b. Podal/a sem vse odgovore in nekdo drug jih je zapisoval, ko sem govoril/a |
| | c. Nekaj odgovorov je v mojem imenu podal prijatelj ali sorodnik |

3 Month post-op questionnaire

| Question | Answer options |
|--|---|
| Prosimo, ocenite svoje zadovoljstvo z izidom očesne operacije. | 0-10 scale (Sploh nisem zadovoljen/a > Izjemno zadovoljen/a) |
| Kako pogosto nosite očala za dejavnosti, ki zahtevajo oster vid na daleč (npr. vožnja, gledanje televizije)? | 0-10 scale (Nenehno > Nikoli) |
| Kako pogosto nosite očala za dejavnosti, ki zahtevajo oster vid na srednji razdalji (npr. uporaba računalnika, kuhanje)? | 0-10 scale (Nenehno > Nikoli) |
| Kako pogosto nosite očala za dejavnosti, ki zahtevajo oster vid od blizu (npr. branje, uporaba mobilnega telefona)? | 0-10 scale (Nenehno > Nikoli) |
| Ali imate očesne izvide, o katerih ste se s svojim kirurgom pogovorili in strinjali? | ja / št / Nisem prepričan/a |
| Imate čez dan kakšne motnje vida? | 0-10 scale (Nikoli > Pogosto in moteče) |
| Ali imate zvečer/ponoči kakršne koli motnje vida? | 0-10 scale (Nikoli > Pogosto in moteče) |

1 Year post-op questionnaire

| Question | Answer options |
|--|--|
| Prosimo, ocenite svoje zadovoljstvo z izidom očesne operacije. | 0-10 scale (Sploh nisem zadovoljen/a > Izjemno zadovoljen/a) |
| Imate čez dan kakšne motnje vida? | 0-10 scale (Nikoli > Pogosto in moteče) |
| Ali imate zvečer/ponoči kakršne koli motnje vida? | 0-10 scale (Nikoli > Pogosto in moteče) |
| Ste v zadnjih 12 mesecih imeli laserski poseg na roženici (npr. LASIK, PRK)? | ja / št |

| | |
|---|---------|
| Ali ste v zadnjih 12 mesecih imeli lasersko poseg znotraj očesa (npr. Nd:YAG, kapsulotomija)? | ja / št |
| Ali so vam v zadnjih 12 mesecih v oko vsadili dodatno intraokularno lečo (IOL)? | ja / št |

2 Year post-op questionnaire

| Question | Answer options |
|---|----------------|
| Ste v zadnjih 12 mesecih imeli laserski poseg na roženici (npr. LASIK, PRK)? | ja / št |
| Ali ste v zadnjih 12 mesecih imeli lasersko poseg znotraj očesa (npr. Nd:YAG, kapsulotomija)? | ja / št |
| Ali so vam v zadnjih 12 mesecih v oko vsadili dodatno intraokularno lečo (IOL)? | ja / št |

3 Year post-op questionnaire

| Question | Answer options |
|---|----------------|
| Ste v zadnjih 12 mesecih imeli laserski poseg na roženici (npr. LASIK, PRK)? | ja / št |
| Ali ste v zadnjih 12 mesecih imeli lasersko poseg znotraj očesa (npr. Nd:YAG, kapsulotomija)? | ja / št |
| Ali so vam v zadnjih 12 mesecih v oko vsadili dodatno intraokularno lečo (IOL)? | ja / št |