

Patient Questionnaire Breakdown

1 Week post-op questionnaire

Question	Answer options
Lütfen göz ameliyatınızı gerçekleştiren cerrahdan memnuniyetinizi değerlendiriniz.	0-10 scale (Hiç memnun değilim > Son derece memnunum)
Lütfen göz ameliyatı olduğunuz hastaneden memnuniyetinizi değerlendirin.	0-10 scale (Hiç memnun değilim > Son derece memnunum)

1 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Geçtiğimiz ay içinde, bozuk gözünüzün genel görüşünüzü etkilediğini veya engellediğini hissettiniz mi?	a. Hayır, hiçbir zaman
	b. Evet, bazı zamanlar
	c. Evet, çoğu zaman
	d. Evet, her zaman
Geçtiğimiz ay, görme duyunuz genel olarak hayatınızı ne kadar etkiledi?	a. Hiç de değil.
	b. Neredeyse hiç
	c. Biraz
	d. Oldukça fazla
	e. Bir sürü
	f. Son derece büyük bir miktar

Geçtiğimiz ay içinde genel olarak görüşünüzü nasıl tanımlarsınız - her iki gözünüz açıkken, genellikle gözlük veya kontakt lens kullanıyorsanız?	a. Mükemmel
	b. Çok iyi
	c. Oldukça iyi
	d. Ortalama
	e. Precej skromno
	f. Çok zayıf
	g. Korkunç
Geçtiğimiz ay, görme duyunuz yapmak istediğiniz şeyleri yapmanızı ne sıklıkla engelledi?	a. Asla
	b. Bazı zamanlar
	c. Çoğu zaman
	d. Her zaman
Geçtiğimiz ay içinde, görme sorununuz nedeniyle kitap veya gazetelerdeki normal yazıları okumakta zorluk çektiniz mi?	a. Zorluk yok
	b. Evet, biraz zor
	c. Evet, biraz zorluk
	d. Evet, büyük bir zorluk
	e. Gözlerim bozuk olduğu için artık okuyamıyorum
	f. Başka nedenlerden dolayı okuyamıyorum
Lütfen soruların cevaplarını kimin verdiğini ve kimin yazdığını bize bildirin	a. Tüm cevapları ben verdim ve kendim yazdım
	b. Tüm cevapları ben verdim ve ben konuşurken bir başkası onları yazdı
	c. Bir arkadaşım veya akrabam benim yerime bazı soruları cevapladı

3 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Lütfen göz ameliyatınızın sonucundan memnuniyetinizi değerlendirin.	0-10 scale (Hiç memnun değilim > Son derece memnunum)
Uzak mesafeli aktiviteler için (örneğin araba kullanmak, TV izlemek) ne sıklıkla gözlük takıyorsunuz?	0-10 scale (Her zaman > Hiçbir zaman)
Orta mesafeli aktiviteler için (örn. bilgisayar kullanmak, yemek pişirmek) ne sıklıkla gözlük takıyorsunuz?	0-10 scale (Her zaman > Hiçbir zaman)
Yakın mesafe aktiviteleri (örn. okuma, cep telefonu kullanma) için ne sıklıkla gözlük takıyorsunuz?	0-10 scale (Her zaman > Hiçbir zaman)
Şu anda cerrahınızla görüştüğünüz ve mutabık kaldığınız görsel sonuçlara sahip misiniz?	Evet / Hayır / Emin değilim
Gün içinde görüşünüzle ilgili herhangi bir rahatsızlık yaşıyor musunuz?	0-10 scale (Hiçbir zaman > Sık ve rahatsız edici)
Akşam/gece görüşünüzde herhangi bir rahatsızlık yaşıyor musunuz?	0-10 scale (Hiçbir zaman > Sık ve rahatsız edici)

1 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Lütfen göz ameliyatınızın sonucundan memnuniyetinizi değerlendirin.	0-10 scale (Hiç memnun değilim > Son derece memnunum)
Gün içinde görüşünüzle ilgili herhangi bir rahatsızlık yaşıyor musunuz?	0-10 scale (Hiçbir zaman > Sık ve rahatsız edici)
Akşam/gece görüşünüzde herhangi bir rahatsızlık yaşıyor musunuz?	0-10 scale (Hiçbir zaman > Sık ve rahatsız edici)
Son 12 ay içinde korneanıza lazer tedavisi uygulandı mı (örn. LASIK, PRK)?	Evet / Hayır
Son 12 ay içinde gözünüzün içinde lazer tedavisi gördünüz mü (örn. Nd:YAG, kapsülotomi)?	Evet / Hayır

Son 12 ay içinde gözünüzün içine ek bir göz içi lensi (GİL) yerleştirildi mi?	Evet / Hayır
---	--------------

2 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Son 12 ay içinde korneanıza lazer tedavisi uygulandı mı (örn. LASIK, PRK)?	Evet / Hayır
Son 12 ay içinde gözünüzün içinde lazer tedavisi gördünüz mü (örn. Nd:YAG, kapsülotomi)?	Evet / Hayır
Son 12 ay içinde gözünüzün içine ek bir göz içi lensi (GİL) yerleştirildi mi?	Evet / Hayır

3 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Son 12 ay içinde korneanıza lazer tedavisi uygulandı mı (örn. LASIK, PRK)?	Evet / Hayır
Son 12 ay içinde gözünüzün içinde lazer tedavisi gördünüz mü (örn. Nd:YAG, kapsülotomi)?	Evet / Hayır
Son 12 ay içinde gözünüzün içine ek bir göz içi lensi (GİL) yerleştirildi mi?	Evet / Hayır