Patient Questionnaire Breakdown

1 Week post-op questionnaire

Question	Answer options
Vurder din tilfredshed med den kirurg, der udførte din øjenoperation.	0-10 scale (Slet ikke tilfreds > Ekstremt tilfreds)
Vurder venligst din tilfredshed med den klinik, hvor du fik foretaget din øjenoperation.	0-10 scale (Slet ikke tilfreds > Ekstremt tilfreds)

1 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Har du inden for den seneste måned følt, at dit dårlige øje påvirker eller forstyrrer dit syn generelt?	a. Nej, aldrig
	b. Ja, noget af tiden
	c. Ja, det meste af tiden
	d. Ja, hele tiden
Hvor meget har dit syn generelt forstyrret din dagligdag inden for den seneste måned?	a. Overhovedet ikke
	b. Næsten ikke
	c. I mindre grad
	d. I nogen grad
	e. I høj grad
	f. I extrem høj grad
Hvordan vil du beskrive dit syn generelt inden for den seneste måned - med begge øjne åbne og med briller eller kontaktlinser, hvis du bruger det?	a. Fremragende
	b. Meget godt
	c. Ret godt
	d. Nogenlunde
	e. Mindre godt
	f. Meget dårligt
	g. Forfærdeligt

Hvor ofte har dit syn inden for den seneste måned forhindret dig i at gøre de ting, du gerne ville?	a. Aldrig
	b. Noget af tiden
	c. Det meste af tiden
	d. Hele tiden
Har du inden for den seneste måned haft svært ved at læse normal skrift i bøger eller aviser på grund af problemer med dit syn?	a. Ingen vanskeligheder
	b. Ja, men kun en smule besvær
	c. Ja, nogen vanskeligheder
	d. Ja, en hel del vanskeligheder
	e. Jeg kan ikke længere læse på grund af mit syn
	f. Jeg kan ikke læse af andre årsager
Fortæl os, hvem der faktisk gav svarene på spørgsmålene, og hvem der skrev dem ned.	a. Jeg gav alle svarene og skrev dem selv ned
	b. Jeg gav alle svarene, og en anden skrev dem ned, mens jeg talte
	c. ven eller slægtning gav nogle af svarene på mine vegne

3 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Vurder venligst din tilfredshed med resultatet af din øjenoperation.	0-10 scale (Slet ikke tilfreds > Ekstremt tilfreds)
Hvor ofte bruger du briller til aktiviteter på afstand (f.eks. at køre bil eller se tv)?	0-10 scale (Altid > Aldrig)
Hvor ofte bruger du briller til aktiviteter på mellemlang afstand (f.eks. brug af computer, madlavning)?	0-10 scale (Altid > Aldrig)
Hvor ofte bruger du briller til aktiviteter på kort afstand (f.eks. læsning, brug af mobiltelefon)?	0-10 scale (Altid > Aldrig)
Har du opnået de synsresultater, som du diskuterede og aftalte med din kirurg?	Ja / Nej / Ikke sikker

Oplever du nogen synsforstyrrelser i løbet af dagen?	0-10 scale (Aldrig > Hyppigt og generende)
Oplever du synsforstyrrelser om aftenen/natten?	0-10 scale (Aldrig > Hyppigt og generende)

1 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Vurder venligst din tilfredshed med resultatet af din øjenoperation.	0-10 scale (Slet ikke tilfreds > Ekstremt tilfreds)
Oplever du nogen synsforstyrrelser i løbet af dagen?	0-10 scale (Aldrig > Hyppigt og generende)
Oplever du synsforstyrrelser om aftenen/natten?	0-10 scale (Aldrig > Hyppigt og generende)
Har du inden for de sidste 12 måneder fået foretaget en laserbehandling på hornhinden (f.eks. LASIK, PRK)?	Ja / Nej
Har du inden for de sidste 12 måneder fået foretaget en laserbehandling inde i øjet (f.eks. behandling for efterstær)?	Ja / Nej
Har du inden for de sidste 12 måneder fået indopereret en supplerende intraokulær linse (IOL) i dit øje?	Ja / Nej

2 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Har du inden for de sidste 12 måneder fået foretaget en laserbehandling på hornhinden (f.eks. LASIK, PRK)?	Ja / Nej
Har du inden for de sidste 12 måneder fået foretaget en laserbehandling inde i øjet (f.eks. behandling for efterstær)?	Ja / Nej
Har du inden for de sidste 12 måneder fået indopereret en supplerende intraokulær linse (IOL) i dit øje?	Ja / Nej

3 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Har du inden for de sidste 12 måneder fået foretaget en laserbehandling på hornhinden (f.eks. LASIK, PRK)?	Ja / Nej
Har du inden for de sidste 12 måneder fået foretaget en laserbehandling inde i øjet (f.eks. behandling for efterstær)?	Ja / Nej
Har du inden for de sidste 12 måneder fået indopereret en supplerende intraokulær linse (IOL) i dit øje?	Ja / Nej