

Patient Questionnaire Breakdown

1 Week post-op questionnaire

Question	Answer options
Vennligst vurder din tilfredshet med kirurgen som utførte øyeoperasjonen din.	0-10 scale (Ikke fornøyd i det hele tatt > Ekstremt fornøyd)
Vennligst vurder din tilfredshet med klinikken der du fikk øyeoperasjonen din utført.	0-10 scale (Ikke fornøyd i det hele tatt > Ekstremt fornøyd)

1 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Har du i løpet av den siste måneden følt at det dårlige øyet har påvirket eller forstyrret synet ditt generelt?	a. Nei, aldri
	b. Ja, noe av tiden
	c. Ja, mesteparten av tiden
	d. Ja, hele tiden
I løpet av den siste måneden, hvor mye har synet ditt forstyrret livet ditt generelt?	a. Ikke i det hele tatt
	b. Nesten ikke i det hele tatt
	c. Litt
	d. Ganske mye
	e. Mye
	f. I svært stor grad

Hvordan vil du beskrive synet ditt generelt den siste måneden - med begge øynene åpne, med briller eller kontaktlinser hvis du vanligvis bruker det?	a. Utmerket
	b. Svært bra
	c. Ganske bra
	d. Gjennomsnittlig
	e. Ganske dårlig
	f. Svært dårlig
	g. Forferdelig
Hvor ofte har synet ditt den siste måneden hindret deg i å gjøre ting du gjerne vil gjøre?	a. Aldri
	b. Noe av tiden
	c. Det meste av tiden
	d. Hele tiden
Har du i løpet av den siste måneden hatt problemer med å lese normal skrift i bøker eller aviser på grunn av problemer med synet?	a. Ingen problemer
	b. Ja, litt vanskelig
	c. Ja, noen vanskeligheter
	d. Ja, mye vanskeligheter
	e. Jeg kan ikke lese lenger på grunn av synet mitt
	f. Jeg kan ikke lese på grunn av andre årsaker
Fortell oss hvem som faktisk svarte på spørsmålene, og hvem som skrev dem ned	a. Jeg ga alle svarene og skrev dem ned selv
	b. Jeg ga alle svarene, og noen andre skrev dem ned mens jeg snakket
	c. En venn eller slektning ga noen av svarene på mine vegne

3 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
----------	----------------

Vennligst vurder din tilfredshet med resultatet av øyeoperasjonen.	0-10 scale (Ikke fornøyd i det hele tatt > Ekstremt fornøyd)
Hvor ofte bruker du briller til aktiviteter på avstand (f.eks. bilkjøring, TV-titting)?	0-10 scale (Alltid > aldri)
Hvor ofte bruker du briller til aktiviteter på mellomdistanse (f.eks. bruk av datamaskin, matlaging)?	0-10 scale (Alltid > aldri)
Hvor ofte bruker du briller til aktiviteter på kort avstand (f.eks. lesing, bruk av mobiltelefon)?	0-10 scale (Alltid > aldri)
Har du nå de synsresultatene som du diskuterte og ble enig med kirurgen om?	Ja / Nei / Ikke sikker
Opplever du noen synsforstyrrelser i løpet av dagen?	0-10 scale (Aldri > Hyppige og plagsomme)
Opplever du synsforstyrrelser om kvelden/natten?	0-10 scale (Aldri > Hyppige og plagsomme)

1 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Vennligst vurder din tilfredshet med resultatet av øyeoperasjonen.	0-10 scale (Ikke fornøyd i det hele tatt > Ekstremt fornøyd)
Opplever du noen synsforstyrrelser i løpet av dagen?	0-10 scale (Aldri > Hyppige og plagsomme)
Opplever du synsforstyrrelser om kvelden/natten?	0-10 scale (Aldri > Hyppige og plagsomme)
Har du i løpet av de siste 12 månedene fått utført laserbehandling på hornhinnen (f.eks. LASIK, PRK)?	Ja / Nei
Har du i løpet av de siste 12 månedene fått utført laserbehandling inne i øyet (f.eks. Nd:YAG, kapsulotomi)?	Ja / Nei
Har du i løpet av de siste 12 månedene fått implantert en ekstra intraokulær linse (IOL) i øyet?	Ja / Nei

2 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Har du i løpet av de siste 12 månedene fått utført laserbehandling på hornhinnen (f.eks. LASIK, PRK)?	Ja / Nei
Har du i løpet av de siste 12 månedene fått utført laserbehandling inne i øyet (f.eks. Nd:YAG, kapsulotomi)?	Ja / Nei
Har du i løpet av de siste 12 månedene fått implantert en ekstra intraokulær linse (IOL) i øyet?	Ja / Nei

3 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Har du i løpet av de siste 12 månedene fått utført laserbehandling på hornhinnen (f.eks. LASIK, PRK)?	Ja / Nei
Har du i løpet av de siste 12 månedene fått utført laserbehandling inne i øyet (f.eks. Nd:YAG, kapsulotomi)?	Ja / Nei
Har du i løpet av de siste 12 månedene fått implantert en ekstra intraokulær linse (IOL) i øyet?	Ja / Nei