

Patient Questionnaire Breakdown

1 Week post-op questionnaire

Question	Answer options
Geef aan hoe tevreden u bent over de chirurg die uw oogoperatie heeft uitgevoerd.	0-10 scale (Helemaal niet tevreden > Zeer tevreden)
Beoordeel uw tevredenheid over het ziekenhuis waar u uw oogoperatie heeft ondergaan.	0-10 scale (Helemaal niet tevreden > Zeer tevreden)

1 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Hebt u de afgelopen maand het gevoel gehad dat uw slechte oog uw algehele zicht beïnvloedt of belemmerd ?	a. Nee, nooit
	b. Ja, soms
	c. Ja, meestal
	d. Ja, de hele tijd
In de afgelopen maand, hoeveel heeft uw gezichtsvermogen uw leven in het algemeen belemmerd?	a. Helemaal niet
	b. Nauwelijks
	c. Een beetje
	d. Redelijk veel
	e. Veel
	f. Zeer veel

Hoe zou u uw algehele zicht in de afgelopen maand beschrijven - met beide ogen open, met een bril of contactlenzen als u die gewoonlijk draagt?	a. Uitstekend
	b. Zeer goed
	c. Tamelijk goed
	d. Gemiddeld
	e. Tamelijk slecht
	f. Zeer slecht
	g. Verschrikkelijk
Hoe vaak heeft uw gezichtsvermogen u de afgelopen maand verhinderd om de dingen te doen die u graag zou willen doen?	a. Nooit
	b. Een deel van de tijd
	c. Meestal
	d. De hele tijd
Heeft u de afgelopen maand moeite gehad met het lezen van normale tekst in boeken of kranten vanwege problemen met uw gezichtsvermogen?	a. Geen moeilijkheden
	b. Ja, een beetje moeilijk
	c. Ja, enige moeite
	d. Ja, heel veel moeite
	e. Ik kan niet meer lezen vanwege mijn gezichtsvermogen
	f. Ik kan niet lezen om andere redenen
Gelieve ons te vertellen wie de antwoorden op de vragen gaf en wie ze opschreef	a. Ik heb alle antwoorden zelf gegeven en opgeschreven
	b. Ik heb alle antwoorden gegeven en iemand anders heeft ze opgeschreven terwijl ik sprak.
	c. Een vriend of familielid heeft sommige antwoorden namens mij gegeven

3 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Geef aan hoe tevreden u bent over het resultaat van uw oogoperatie.	0-10 scale (Helemaal niet tevreden > Zeer tevreden)
Hoe vaak draagt u een bril voor activiteiten op afstand (bijv. autorijden, tv-kijken)?	0-10 scale (Altijd > Nooit)
Hoe vaak draagt u een bril voor activiteiten op middellange afstand (bijv. computergebruik, koken)?	0-10 scale (Altijd > Nooit)
Hoe vaak draagt u een bril voor activiteiten op korte afstand (bijv. lezen, mobiele telefoon gebruiken)?	0-10 scale (Altijd > Nooit)
Heeft u nu de visuele resultaten die u met uw chirurg heeft besproken en afgesproken?	Ja / Geen / Niet zeker
Ervaart u overdag problemen met uw zicht?	0-10 scale (Nooit > Vaak en hinderlijk)
Hebt u 's avonds/'s nachts last van uw gezichtsvermogen?	0-10 scale (Nooit > Vaak en hinderlijk)

1 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Geef aan hoe tevreden u bent over het resultaat van uw oogoperatie.	0-10 scale (Helemaal niet tevreden > Zeer tevreden)
Ervaart u overdag problemen met uw zicht?	0-10 scale (Nooit > Vaak en hinderlijk)
Hebt u 's avonds/'s nachts last van uw gezichtsvermogen?	0-10 scale (Nooit > Vaak en hinderlijk)
Hebt u in de afgelopen 12 maanden een laserbehandeling gehad voor uw hoornvlies (bijv. LASIK, PRK)?	Ja / Geen

Hebt u de afgelopen 12 maanden een laserbehandeling aan de binnenkant van uw oog ondergaan (bijv. Nd:YAG, capsulotomie)?	Ja / Geen
Is er de afgelopen 12 maanden een extra intraoculaire lens (IOL) in uw oog geïmplanteerd?	Ja / Geen

2 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Hebt u in de afgelopen 12 maanden een laserbehandeling gehad voor uw hoornvlies (bijv. LASIK, PRK)?	Ja / Geen
Hebt u de afgelopen 12 maanden een laserbehandeling aan de binnenkant van uw oog ondergaan (bijv. Nd:YAG, capsulotomie)?	Ja / Geen
Is er de afgelopen 12 maanden een extra intraoculaire lens (IOL) in uw oog geïmplanteerd?	Ja / Geen

3 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Hebt u in de afgelopen 12 maanden een laserbehandeling gehad voor uw hoornvlies (bijv. LASIK, PRK)?	Ja / Geen
Hebt u de afgelopen 12 maanden een laserbehandeling aan de binnenkant van uw oog ondergaan (bijv. Nd:YAG, capsulotomie)?	Ja / Geen
Is er de afgelopen 12 maanden een extra intraoculaire lens (IOL) in uw oog geïmplanteerd?	Ja / Geen