

1 Week post-op questionnaire

Question	Answer options
Uvedte prosím míru spokojenosti s chirurgem, který provedl operaci vašeho zraku.	0-10 (Nejsem vůbec spokojený/á > Jsem velmi spokojený/á)
Uvedte prosím míru spokojenosti s nemocnicí, kde proběhla operace vašeho zraku.	0-10 (Nejsem vůbec spokojený/á > Jsem velmi spokojený/á)

3 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Uvedte prosím míru spokojenosti s výsledkem operace vašich očí.	0-10 (Nejsem vůbec spokojený/á > Jsem velmi spokojený/á)
Jak často nosíte brýle při činnostech, u kterých potřebujete vidět na dálku (např. řízení a sledování TV)?	0-10 (vždy > nikdy)
Jak často nosíte brýle při činnostech, u kterých potřebujete vidět na střední vzdálenost (např. k počítači a vaření)?	0-10 (vždy > nikdy)
Jak často nosíte brýle při činnostech, u kterých potřebujete vidět na blízko (např. čtení a používání mobilního telefonu)?	0-10 (vždy > nikdy)
Jak často nosíte zdravotní brýle (např. kvůli astigmatismu)?	0-10 (vždy > nikdy)
Bylo dosaženo výsledku vidění, o kterém jste hovořili a dohodli se s vaším chirurgem?	Ano / Ne / Nejsem si jistý/á

1 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Uvedte prosím míru spokojenosti s výsledkem operace vašich očí.	0-10 (Nejsem vůbec spokojený/á > Jsem velmi spokojený/á)
Pocítujete během dne nějaké poruchy vidění?	0-10 (Často a je to nepříjemné > Nikdy)
Pocítujete nějaké poruchy vidění večer / v noci?	0-10 (Často a je to nepříjemné > Nikdy)
Podstoupili jste v posledních 12 měsících laserovou operaci rohovky (např. LASIK, PRK)?	Ano / Ne
Podstoupili jste v posledních 12 měsících laserovou operaci uvnitř oka (např. Nd:YAG, kapsulotomie)?	Ano / Ne
Podstoupili jste v posledních 12 měsících implantaci nitrooční čočky (IOL)?	Ano / Ne

2 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Podstoupili jste v posledních 12 měsících laserovou operaci rohovky (např. LASIK, PRK)?	Ano / Ne
Podstoupili jste v posledních 12 měsících laserovou operaci uvnitř oka (např. Nd:YAG, kapsulotomie)?	Ano / Ne
Podstoupili jste v posledních 12 měsících implantaci nitrooční čočky (IOL)?	Ano / Ne

3 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Podstoupili jste v posledních 12 měsících laserovou operaci rohovky (např. LASIK, PRK)?	Ano / Ne
Podstoupili jste v posledních 12 měsících laserovou operaci uvnitř oka (např. Nd:YAG, kapsulotomie)?	Ano / Ne
Podstoupili jste v posledních 12 měsících implantaci nitrooční čočky (IOL)?	Ano / Ne