

Patient Questionnaire Breakdown

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)

1 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Pocítil/a jste v minulém měsíci, že vám operované oko ovlivňuje nebo ruší celkové vidění?	a. Ne, nikdy
	b. Ano, někdy
	c. Ano, většinou
	d. Ano, pořád
Jak moc ovlivnil váš zrak v minulém měsíci váš život?	a. Vůbec ne
	b. Téměř vůbec
	c. Trochu
	d. Dost
	e. Hodně
	f. Extrémně moc

Jak byste popsali své vidění v minulém měsíci - s oběma očima otevřenými, i pokud nosíte brýle nebo kontaktní čočky?	a. Výborné
	b. Velmi dobré
	c. Docela dobré
	d. Průměrné
	e. Docela špatné
	f. Velmi špatné
	g. Hrozné
Jak často v minulém měsíci váš zrak bránil činnostem, které jste chtěl/a dělat?	a. Nikdy
	b. Někdy
	c. Většinou
	d. Pořád
Měl/a jste v minulém měsíci potíže při čtení normálního písma v knihách nebo novinách kvůli zrakovým potížím?	a. Žádné potíže
	b. Ano, trochu potíží
	c. Ano, nějaké potíže
	d. Ano, velké množství potíží
	e. Nemohu číst kvůli svému zraku
	f. Nemohu číst z jiného důvodu
Prosím, řekněte nám, kdo vlastně odpověděl na otázky a kdo je zapsal.	a. Všechny odpovědi jsem si zapsal/a sám/sama.
	b. Šechny odpovědi jsem odpověděl/a a někdo jiný je zapsal.
	c. Některé odpovědi odpověděl přítel nebo příbuzný.

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)
Bylo dosaženo výsledku vidění, o kterém jste hovořili a dohodli se s vaším chirurgem?	Ano / Ne / Nejsem si jistý/á
Pocitujete během dne nějaké poruchy vidění?	0-10 (Často a je to nepříjemné > Nikdy)
Pocitujete nějaké poruchy vidění večer / v noci?	0-10 (Často a je to nepříjemné > Nikdy)

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)
Pocitujete během dne nějaké poruchy vidění?	0-10 (Často a je to nepříjemné > Nikdy)
Pocitujete 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