

Patient Questionnaire Breakdown

1 Week post-op questionnaire

Question	Answer options
Ohodnoťte svoju spokojnosť s chirurgom, ktorý operoval vaše oko.	0-10 (Úplne nespokojný/-á > Mimoriadne spokojný/-á)
Ohodnoťte svoju spokojnosť s nemocnicou, kde ste podstúpili operáciu oka.	0-10 (Úplne nespokojný/-á > Mimoriadne spokojný/-á)

1 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
V minulom mesiaci si pociťoval/a, že tvoje operované oko vplyvňuje alebo ruší tvoje videnie celkovo?	a. Nie, nikdy
	b. Áno, často
	c. Áno, väčšinou
	d. Áno, vždy
Ako veľmi ovplyvnil Váš zrak v minulom mesiaci Váš život vo všeobecnosti?	a. Vôbec nie
	b. Takmer vôbec nie
	c. Trochu
	d. Do značnej miery
	e. Veľmi
	f. Extrémne veľa

Ako by si opísal/a svoje videnie celkovo v minulom mesiaci - s oboma očami otvorenými, ak máš zvyčajne na sebe okuliare alebo kontaktné šošovky?	a. Vynikajúce
	b. Veľmi dobré
	c. Dostatočne dobré
	d. Priemer
	e. Dost' zlé
	f. Veľmi zlé
	g. Hrozné
Ako často ti minulý mesiac tvoj zrak zabránil robiť veci, ktoré by si chcel/a robiť?	a. Nikdy
	b. Niekedy
	c. Väčšinu času
	d. Vždy
Mal si v priebehu minulého mesiaca ťažkosti s čítaním normálnych písmen v knihách alebo novinách kvôli problémom so zrakom?	a. Žiadne ťažkosti
	b. Áno, mierne ťažkosti
	c. Áno, niektoré ťažkosti
	d. Áno, veľké ťažkosti
	e. Už nemôžem čítať kvôli môjmu zraku
	f. Nemôžem čítať z iných dôvodov
Kto v skutočnosti odpovedal na otázky a kto ich zapísal?	a. Ja som dal/a všetky odpovede a zapísal/a som ich sám/seba
	b. Ja som dal/a všetky odpovede a niekto iný ich zapísal, ako som hovoril
	c. Priateľ alebo príbuzný dal niektoré odpovede za mňa

3 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Ohodnoťte svoju spokojnosť s výsledkom operácie vášho oka.	0-10 (Úplne nespokojný/-á > Mimoriadne spokojný/-á)
Ako často nosíte okuliare do diaľky (napr. pri šoférovaní, sledovaní TV)?	0-10 (Vždy > Nikdy)
Ako často nosíte okuliare na strednú vzdialenosť (napr. používanie počítača, varenie)?	0-10 (Vždy > Nikdy)
Ako často nosíte okuliare na blízko (napr. čítanie, používanie mobilného telefónu)?	0-10 (Vždy > Nikdy)
Zaznamenali ste nejaké výsledky týkajúce sa zraku, o ktorých ste sa rozprávali a na ktorých ste sa dohodli so svojím chirurgom?	Áno / Nie / Nie som si istý/-á
Mávate nejaké problémy so zrakom počas dňa?	0-10 (Časté a obťažujúce > Nikdy)
Mávate nejaké problémy so zrakom večer/v noci?	0-10 (Časté a obťažujúce > Nikdy)

1 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Ohodnoťte svoju spokojnosť s výsledkom operácie vášho oka.	0-10 (Úplne nespokojný/-á > Mimoriadne spokojný/-á)
Mávate nejaké problémy so zrakom počas dňa?	0-10 (Časté a obťažujúce > Nikdy)
Mávate nejaké problémy so zrakom večer/v noci?	0-10 (Časté a obťažujúce > Nikdy)

Absolvovali ste v priebehu posledných 12 mesiacov laserové ošetrenie rohovky (napr. LASIK, PRK)?	Áno / Nie
Absolvovali ste v priebehu posledných 12 mesiacov laserové ošetrenie vnútra oka (napr. Nd:YAG, kapsulotómiu)?	Áno / Nie
Mali ste za uplynulých 12 mesiacov implantované doplňujúce vnútroočné šošovky (VOŠ) do vnútra oka?	Áno / Nie

2 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Absolvovali ste v priebehu posledných 12 mesiacov laserové ošetrenie rohovky (napr. LASIK, PRK)?	Áno / Nie
Absolvovali ste v priebehu posledných 12 mesiacov laserové ošetrenie vnútra oka (napr. Nd:YAG, kapsulotómiu)?	Áno / Nie
Mali ste za uplynulých 12 mesiacov implantované doplňujúce vnútroočné šošovky (VOŠ) do vnútra oka?	Áno / Nie

3 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Absolvovali ste v priebehu posledných 12 mesiacov laserové ošetrenie rohovky (napr. LASIK, PRK)?	Áno / Nie
Absolvovali ste v priebehu posledných 12 mesiacov laserové ošetrenie vnútra oka (napr. Nd:YAG, kapsulotómiu)?	Áno / Nie
Mali ste za uplynulých 12 mesiacov implantované doplňujúce vnútroočné šošovky (VOŠ) do vnútra oka?	Áno / Nie