

Fragebogen für Patienten

1 Woche nach der OP

| Frage | Antwortmöglichkeiten |
|--|---|
| Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit dem Chirurgen, der Sie am Auge operiert hat. | 0 (Nicht zufrieden) - 10 (Sehr zufrieden) |
| Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit dem Krankenhaus, in dem Sie operiert wurden. | 0 (Nicht zufrieden) - 10 (Sehr zufrieden) |

1 Monat post-op questionnaire

| Frage | Antwortmöglichkeiten |
|---|----------------------|
| Hatten Sie in den letzten Monaten das Gefühl, dass Ihr ‚schlechtes Auge‘ Ihr Sehvermögen insgesamt beeinträchtigt oder stört? | a. Nein, niemals |
| | b. Ja, manchmal |
| | c. Ja, meistens |
| | d. Ja, immer |
| Wie sehr hat Ihr Sehvermögen im letzten Monat Ihr Leben im Allgemeinen beeinträchtigt? | a. Überhaupt nicht |
| | b. Kaum |
| | c. Ein wenig |
| | d. Ziemlich viel |
| | e. Sehr viel |
| | f. Extrem viel |

| | |
|---|--|
| <p>Wie würden Sie Ihr Sehvermögen im letzten Monat insgesamt beschreiben - mit beiden Augen offen und mit Brille oder Kontaktlinsen, wenn Sie diese normalerweise tragen?</p> | a. Ausgezeichnet |
| | b. Sehr gut |
| | c. Ziemlich gut |
| | d. Durchschnittlich |
| | e. Ziemlich schlecht |
| | f. Sehr schlecht |
| | g. Schrecklich |
| <p>Wie oft hat Sie Ihr Augenlicht im letzten Monat daran gehindert, die Dinge zu tun, die Sie gerne tun würden?</p> | a. Nie |
| | b. Manchmal |
| | c. Meistens |
| | d. Immer |
| <p>Hatten Sie im letzten Monat Schwierigkeiten beim Lesen normaler Drucke in Büchern oder Zeitungen aufgrund von Sehproblemen?</p> | a. Keine Schwierigkeiten |
| | b. Ja, leichte Schwierigkeiten |
| | c. Ja, einige Schwierigkeiten |
| | d. Ja, große Schwierigkeiten |
| | e. Ich kann wegen meiner Sehkraft nicht mehr lesen |
| | f. Ich kann aus anderen Gründen nicht lesen |
| <p>Bitte sagen Sie uns, von wem die Antworten auf die Fragen stammen und wer sie aufgeschrieben hat.</p> | a. Ich habe alle Antworten gegeben und selbst aufgeschrieben |
| | b. Ich habe alle Antworten gegeben und jemand anderes hat sie aufgeschrieben, während ich sprach |
| | c. Ein Freund oder Verwandter hat einige der Antworten in meinem Namen gegeben |

3 Monate nach der OP

| Fragen | Antwortmöglichkeiten |
|--|---|
| Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit dem Ergebnis Ihrer Augenoperation. | 0 (Nicht zufrieden) - 10 (Sehr zufrieden) |
| Wie oft tragen Sie eine Brille für Aktivitäten in der Ferne (z. B. Autofahren, Fernsehen)? | 0 (Immer) - 10 (Nie) |
| Wie oft tragen Sie eine Brille für Aktivitäten im Zwischenbereich (z.B. Computerarbeit, Kochen)? | 0 (Immer) - 10 (Nie) |
| Wie oft tragen Sie eine Brille für Aktivitäten in der Nähe (z. B. Lesen, Mobiltelefon)? | 0 (Immer) - 10 (Nie) |
| Verfügen Sie jetzt über die Sehqualität, die Sie zuvor mit Ihrem Operateur besprochen und vereinbart hatten? | Ja / Nein / Bin nicht sicher |
| In welchem Ausmaß bemerken Sie tagsüber Sehbeeinträchtigungen? | 0 (Nie) - 10 (Oft und störend) |
| In welchem Ausmaß bemerken Sie abends / nachts Sehbeeinträchtigungen? | 0 (Nie) - 10 (Oft und störend) |

1 Jahr nach der OP

| Fragen | Antwortmöglichkeiten |
|--|---|
| Bitte bewerten Sie Ihre Zufriedenheit mit dem Ergebnis Ihrer Augenoperation. | 0 (Nicht zufrieden) - 10 (Sehr zufrieden) |
| In welchem Ausmaß bemerken Sie tagsüber Sehbeeinträchtigungen? | 0 (Nie) - 10 (Oft und störend) |
| In welchem Ausmaß bemerken Sie abends / nachts Sehbeeinträchtigungen? | 0 (Nie) - 10 (Oft und störend) |
| Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Laserbehandlung an der Hornhaut (z.B. LASIK, PRK)? | Ja / Nein |
| Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Laserbehandlung im Auge (z.B. Nd:YAG, Kapsulotomie)? | Ja / Nein |

| | |
|---|-----------|
| Wurde Ihnen in den letzten 12 Monaten eine zusätzliche additive Intraokularlinse (IOL) in Ihr Auge implantiert? | Ja / Nein |
|---|-----------|

2 Jahre nach der OP

| Fragen | Antwortmöglichkeiten |
|---|----------------------|
| Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Laserbehandlung an der Hornhaut (z.B. LASIK, PRK)? | Ja / Nein |
| Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Laserbehandlung im Auge (z.B. Nd:YAG, Kapsulotomie)? | Ja / Nein |
| Wurde Ihnen in den letzten 12 Monaten eine zusätzliche additive Intraokularlinse (IOL) in Ihr Auge implantiert? | Ja / Nein |

3 Jahre nach der OP

| Fragen | Antwortmöglichkeiten |
|---|----------------------|
| Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Laserbehandlung an der Hornhaut (z.B. LASIK, PRK)? | Ja / Nein |
| Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Laserbehandlung im Auge (z.B. Nd:YAG, Kapsulotomie)? | Ja / Nein |
| Wurde Ihnen in den letzten 12 Monaten eine zusätzliche additive Intraokularlinse (IOL) in Ihr Auge implantiert? | Ja / Nein |