ANKIETA AKTYWNOŚCI WZROKOWEJ DLA PACJENTÓW PRZED ZABIEGIEM USUNIĘCIA ZAĆMY / RWS

Bardzo prosimy o staranne, przemyślane wypełnienie ankiety.
Uzyskane odpowiedzi pozwolą lekarzowi zaproponować najbardziej optymalny sposób leczenia zaćmy wraz z jednoczasową korekcją wzroku, dopasowany do Pana/Pani potrzeb, oczekiwań oraz stylu życia.

1. Jaki jest Pani/Pana zawód?

.....

2. Czy okulary przeszkadzają Pani/Panu w czasie wykonywania pracy zawodowej

.....

3. Jakie aktywności (hobby, sport, rekreacja), wykonuje Pan/Pani najczęściej:

.....

4. Proszę zaznaczyć aktywności/prace, których wykonywanie jest utrudnione przez konieczność używania okularów:

- ☐ Jazda samochodem
- ☐ Oglądanie telewizji, filmów w kinie
- ☐ Złe widzenie w czasie spaceru
- ☐ Czytanie książek
- ☐ Praca przy monitorze
- ☐ Praca przy smartfonie
- ☐ Wypełnianie dokumentów
- ☐ Czytanie ulotek i instrukcji
- ☐ Poruszanie się w słabym oświetleniu
- ☐ Jazda na rowerze
- ☐ Uprawianie sportu (jakiego?)
  .....
- ☐ Majsterkowanie i prace precyzyjne
- ☐ Prace domowe (sprzątanie, gotowanie)
- ☐ inne (opisz jakie)
  .....

5. Czy prowadzi Pan/Pani pojazdy mechaniczne o zmierzchu, nocą

.....

6. Czy używa Pani/Pan komputera, laptopa? Jeśli tak to to ile godzin dziennie

.....

.....
data i podpis lekarza

.....
data i podpis