**Ankieta prekwalifikacyjna**

**do zabiegu refrakcji i wszczepu soczewki wewnątrzgałkowej**

***Szanowny Pacjencie, Szanowna Pacjentko,***

*Prosimy Państwa o wypełnienie tej krótkiej ankiety, ponieważ pragniecie poprawić swoją jakość życia i poddać się zabiegowi korekcji wady wzroku. Dzięki niej lekarz kwalifikujący będzie mógł dobrać dla Państwa najlepszą metodę poprawy widzenia. Jeśli czegoś nie będziecie Państwo potrafili wypełnić, lekarz odpowie na pytania w czasie wizyty.*

**I. Dolegliwości oczne**

1. Czy często łzawią Pani/Panu oczy? NIE TAK

2. Czy cierpi Pan/Pani na światłowstręt? NIE TAK

3. Czy gorzej widzi Pan/Pani o zmierzchu, w nocy? NIE TAK

# II. Styl życia

1. Zawód wykonywany: …………………………………………………………….

2. Hobby: …………………………………

3. Czy uprawia Pan/Pani sport? NIE TAK *jaki?*.........................................................

4. Czy często przebywa Pan/Pani w klimatyzowanych pomieszczeniach? NIE TAK

5. Czy pali Pan/Pani papierosy? NIE TAK

6. Czy ma Pan/Pani w domu zwierzęta? NIE TAK *jakie?* .............

7. Ile godzin dziennie spędza Pan/Pani przed ekranem komputera ..................

8. Na jakim widzeniu zależy Panu/Pani najbardziej (prosimy o zakreślenie od 0 do 5, gdzie 0 oznacza „w ogóle nie zależy”, a 5 „zależy najbardziej”):

1. na bliż (np. czytanie, korzystanie z telefonu, szycie)

 0 1 2 3 4 5

1. na odległości pośrednie (np. korzystanie z komputera, gotowanie, prowadzenie samochodu)

 0 1 2 3 4 5

1. na dal (np. prowadzenie samochodu, oglądanie telewizji, sport, spacery)

 0 1 2 3 4 5

**III. Pytania tylko do kobiet**

1. Czy jest Pani w ciąży? NIE TAK

2. Czy karmi Pani obecnie piersią? NIE TAK

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych i wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych informacji wyłącznie na użytek Vidium Medica w procesie leczenia.

Warszawa, dnia ………………… ………………………...........................

 *podpis Pacjenta*