

SYNANAMNES

Namn _____

Datum _____

Frågor	Svarsalternativ
1) Har du lagt märke till synförändringar efter att du blev sjuk?	Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja , när började detta? Uppstår dessa i speciella situationer?
2) Är du besvärad av dubbelseende efter att du blev sjuk?	Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja , Vertikalt <input type="checkbox"/> Horisontalt <input type="checkbox"/> Snett <input type="checkbox"/>
3) Har du problem när du läser?	Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja , Hoppas över ord <input type="checkbox"/> Hittar inte textradens slut <input type="checkbox"/> Hittar inte textradens början <input type="checkbox"/> Svårighet att följa textraden <input type="checkbox"/> Kan inte läsa så lång tid som förut <input type="checkbox"/>
4) Är det svårt att väja undan för människor och objekt?	Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
5) Stöter du i personer/dörrkarmar eller liknande när du förflyttar dig?	Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
6) Är det svårt att bedöma trapphöjder/djup mm.?	Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Svårt i vissa situationer <input type="checkbox"/>
7) Har du svårigheter med att gripa efter glas och dörrhandtag och att skaka hand med människor?	Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
8) Känner du igen ansikten?	Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
9) Uppfattar du bekanta ansikten på annat sätt nu än tidigare?	Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja , Blekare <input type="checkbox"/> Suddigare <input type="checkbox"/> Inte så bekant <input type="checkbox"/> Främmande <input type="checkbox"/>
10) Blir du mer bländad av ljus än tidigare?	Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
11) Upplever du att du behöver mer ljus för att kunna se klart nu gentemot innan du blev sjuk?	Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
12) Är ditt behov av ljus stort när du läser?	Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
13) Upplever du din syn mer suddig nu än förut?	Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja , Kan du beskriva hur? Alltid suddig <input type="checkbox"/> Suddigt efter belastning <input type="checkbox"/>
14) Har färgerna förändrats?	Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja , Blekare <input type="checkbox"/> Intensivare <input type="checkbox"/> Olika <input type="checkbox"/>
15) Har du upplevt någon av följande störningar?	Ljussken <input type="checkbox"/> Lysande punkt <input type="checkbox"/> Stjärnor <input type="checkbox"/> Dimma <input type="checkbox"/> Andra fenomen <input type="checkbox"/>

SYNANAMNES

Namn _____

Datum _____

16) Har du haft några andra underliga upplevelser med synen?	Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, _____ _____
17) Finns det områden i synfältet som är mer nedsatta än andra?	Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja: _____ _____
18) Har du varit på synkontroll efter det att skadan inträffat?	Nej <input type="checkbox"/> Vet inte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Optiker <input type="checkbox"/> Ögonläkare <input type="checkbox"/> Synpedagog <input type="checkbox"/>