



SCREENING VISUELE KLACHTEN (SVK)

Datum:

Naam:

Geslacht:

Geboortedatum:

Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?

Dit is een vragenlijst met uitspraken over problemen die met uw zicht te maken hebben. Als u een bril of contactlenzen heeft, ga er dan bij de beantwoording van de vragen vanuit dat u deze draagt.

Elke vraag heeft meerdere antwoordmogelijkheden. Kies het antwoord dat het meest op u van toepassing is. Het gaat daarbij steeds om de afgelopen weken.

Als u niet zeker weet welk antwoord u moet kiezen, geef dan het best passende antwoord.

Kruis bij alle volgende vragen s.v.p. 1 antwoord aan. Er zijn in totaal 3 pagina's.

	Ja	Nee
Bent u bekend bij een oogarts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indien 'Ja': Bij welke oogarts (of welk ziekenhuis) bent u bekend?	<input type="text"/>	
Voor welke oogheekundige aandoening(en) bent u bekend bij de oogarts?	<input type="text"/>	

	Nee/ nauwelijks	Soms	Vaak/ altijd
1 Ervaart u in het dagelijks leven problemen met uw zicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indien 'Soms' of 'Vaak/altijd': Kunt u aangeven welke problemen of klachten u heeft met uw zicht?			
a.	<input type="text"/>		
b.	<input type="text"/>		
c.	<input type="text"/>		
d.	<input type="text"/>		

	Nee/ nauwelijks	Soms	Vaak/ altijd
2 Heeft u de indruk dat u minder scherp bent gaan zien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Heeft u moeite met scherpstellen of duurt het langer voordat u een scherp beeld heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Heeft u last van dubbelzien of dubbelbeelden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Heeft u moeite met dieptezien of afstanden inschatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Heeft u last van trillende, schokkerige of bewegende beelden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Heeft u het idee dat u delen mist in het gezichtsveld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Ervaart u kleuren anders dan vroeger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Heeft u moeite met het zien bij verminderd contrast (bijv. wanneer letters niet zijn afgedrukt op een witte, maar op een grijze achtergrond)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Wordt u, meer dan vroeger, verblind door fel licht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Heeft u de indruk dat alles donkerder lijkt of heeft u meer behoefte aan licht dan vroeger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Heeft u moeite met het wennen aan licht of donker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Ziet u wel eens dingen die anderen niet zien (denk bijv. aan flitsen, patronen, voorwerpen of dieren)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Heeft u de indruk dat u voorwerpen of gezichten anders waarneemt, bijvoorbeeld vervormd of met nabeelden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Heeft u pijn aan uw ogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nee/ nauwelijks	Soms	Vaak/ altijd
16 Heeft u last van droge ogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Heeft u het idee dat u meer tijd nodig hebt om dingen te zien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Heeft u moeite met zien of waarnemen bij deelname aan het verkeer (lopen, fietsen en autorijden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Heeft u, <u>vanwege uw zicht</u> , moeite met het zoeken en vinden van dingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Heeft u, <u>vanwege uw zicht</u> , moeite met lezen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geef een cijfer van 0 tot 10
(omcirkel het juiste antwoord)

21 In hoeverre wordt u in het dagelijks leven gehinderd door bovenstaande klachten met betrekking tot het zien?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 = geen hinder

10 = zeer ernstige hinder

	Ja	Nee
Stelt u advies, onderzoek en/of revalidatie voor de hierboven genoemde klachten op prijs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wilt u controleren of u alle vragen heeft beantwoord?
Bij elke vraag dient 1 antwoord aangekruist te zijn.

Dank u wel. Dit is het einde van de vragenlijst.