

För att bedöma dina subjektiva synbesvär av eventuell gråstarr samt pröva rätten till operation i Regionens regi ber vi dig att fylla i följande formulär och ha med det ifyllt till läkarbesöket. Om du är glasögonbärare (progressiva glas, avståndsglas eller läsglas) besvara frågorna utifrån hur du ser med det här glasögon

A1	Se på nära håll, att läsa tidning, prislappar eller annat närarbete.	Ja, mycket stora besvär <input type="text" value="3"/>	Ja, stora besvär <input type="text" value="2"/>	Ja, vissa besvär <input type="text" value="1"/>	Nej, inga besvär <input type="text" value="0"/>	Kan inte ta ställning <input type="text" value="0"/>
A2	Se på långt håll, känna igen ansikten på dem du möter	Ja, mycket stora besvär <input type="text" value="3"/>	Ja, stora besvär <input type="text" value="2"/>	Ja, vissa besvär <input type="text" value="1"/>	Nej, inga besvär <input type="text" value="0"/>	Kan inte ta ställning <input type="text" value="0"/>
A3	Se att läsa texten på TV eller på dator.	Ja, mycket stora besvär <input type="text" value="3"/>	Ja, stora besvär <input type="text" value="2"/>	Ja, vissa besvär <input type="text" value="1"/>	Nej, inga besvär <input type="text" value="0"/>	Kan inte ta ställning <input type="text" value="0"/>

B1	Blir Du bländad av strålkastare, lampor eller andra ljuskällor	Ja, mycket stora besvär <input type="text" value="3"/>	Ja, stora besvär <input type="text" value="2"/>	Ja, vissa besvär <input type="text" value="1"/>	Nej, inga besvär <input type="text" value="0"/>	Kan inte ta ställning <input type="text" value="0"/>
B2	Upplever du att ena ögat stör det andra eller en svårighet att bedöma avstånd? Hälla bredvid, trampa fel på trottoarkanter.	Ja, mycket stora besvär <input type="text" value="3"/>	Ja, stora besvär <input type="text" value="2"/>	Ja, vissa besvär <input type="text" value="1"/>	Nej, inga besvär <input type="text" value="0"/>	Kan inte ta ställning <input type="text" value="0"/>

C1	Du som förvärvs- arbetar; orsakar din nuvarande syn dig besvär med att sköta arbetet?	Ja, mycket stora besvär <input type="text" value="3"/>	Ja, stora besvär <input type="text" value="2"/>	Ja, vissa besvär <input type="text" value="1"/>	Nej, inga besvär <input type="text" value="0"/>	Kan inte ta ställning <input type="text" value="0"/>
C2	Du som är bilförare; har du besvär att köra bil p.g.a. synen?	Ja, mycket stora besvär <input type="text" value="3"/>	Ja, stora besvär <input type="text" value="2"/>	Ja, vissa besvär <input type="text" value="1"/>	Nej, inga besvär <input type="text" value="0"/>	Kan inte ta ställning <input type="text" value="0"/>
C3	Har du med din nuvarande syn, besvär med att klara dig själv hemma eller att vårda någon anhörig?	Ja, mycket stora besvär <input type="text" value="3"/>	Ja, stora besvär <input type="text" value="2"/>	Ja, vissa besvär <input type="text" value="1"/>	Nej, inga besvär <input type="text" value="0"/>	Kan inte ta ställning <input type="text" value="0"/>