

Poniższe pytania dotyczą objawów choroby oczu Gravesa-Basedowa występujących u Państwa. Odpowiadając na te pytania, proszę pomyśleć o ubiegłym tygodniu.

W jakim stopniu w ciągu ostatniego tygodnia choroba oczu Gravesa-Basedowa ograniczała Państwa w wykonywaniu poniższych czynności?

Należy zaznaczyć pole, które odpowiada Państwa odpowiedzi. Pola odpowiadają odpowiedziom zamieszczonym ponad nimi. Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć jedno pole.

|                                                                                                                                                                    | Tak,<br>znacznie<br>ograniczała | Tak, trochę<br>ograniczała    | Nie, w ogóle nie<br>ograniczała    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 1. Jazda na rowerze [nie potrafię jeździć na rowerze <input type="checkbox"/> ]                                                                                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>           |
| 2. Prowadzenie samochodu [nie mam prawa jazdy <input type="checkbox"/> ]                                                                                           | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>           |
| 3. Poruszanie się po domu                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>           |
| 4. Chodzenie na zewnątrz                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>           |
| 5. Czytanie                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>           |
| 6. Oglądanie telewizji                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>           |
| 7. Zajmowanie się<br>swoim hobby, tj.<br>.....                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>           |
|                                                                                                                                                                    | Tak,<br>znacznie<br>ograniczała | Tak,<br>trochę<br>ograniczała | Nie,<br>w ogóle nie<br>ograniczała |
| 8. Czy w ciągu ostatniego tygodnia mieli Państwo<br>wrażenie, że choroba Gravesa-Basedowa ograniczała<br>Państwa w robieniu czegoś, na co mieli Państwo<br>ochotę? | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>           |

Poniższe pytania dotyczą ogólnych objawów choroby oczu Gravesa-Basedowa.

|                                                                                                                                               | Tak, znacznie            | Tak, trochę              | Nie, w ogóle             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Czy mają Państwo wrażenie, że Państwa wygląd<br>zmienił się z powodu choroby oczu Gravesa-<br>Basedowa?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Czy mają Państwo wrażenie, że ludzie patrzą się na<br>Państwa na ulicy z powodu choroby oczu Gravesa-<br>Basedowa?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Czy mają Państwo wrażenie, że ludzie reagują<br>negatywnie z powodu Państwa choroby oczu<br>Gravesa-Basedowa?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Czy ma mają Państwo wrażenie, że choroba oczu<br>Gravesa-Basedowa wpływa na Państwa pewność<br>siebie?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Czy mają Państwo wrażenie, że choroba oczu<br>Gravesa-Basedowa wpływa na Państwa zdolność do<br>nawiązywania przyjaźni?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Czy mają Państwo wrażenie izolacji społecznej z<br>powodu choroby oczu Gravesa-Basedowa?                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Czy mają Państwo wrażenie, że rzadziej pojawiają<br>się Państwo na zdjęciach niż przed zachorowaniem na<br>chorobę oczu Gravesa-Basedowa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Czy próbują Państwo ukrywać zmiany w swoim<br>wyglądzie wynikające z choroby Gravesa-Basedowa?                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |