

Spørgeskema vedrørende livskvalitet hos patienter med Graves' øjensygdom

Spørgsmålene i dette spørgeskema drejer sig udelukkende om de gener du har fra øjnene. Ved besvarelsen skal du lægge vægt på hvordan disse gener har påvirket dig den sidste uges tid.

Har du inden for den seneste uge oplevet, at dine gener fra øjnene har medført begrænsninger i en eller flere af nedenstående aktiviteter?

	Ja meget begrænset	Ja lidt begrænset	Nej slet ikke
1) Cykling (hvis du aldrig har lært at cykle, kryds her <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Bilkørsel (hvis du ikke har kørekort, kryds her <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Gå omkring indendørs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Gå omkring udendørs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Læsning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Se TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Hobby / fritidsaktivitet Angiv hvilken-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja meget hæmmet	Ja lidt hæmmet	Nej slet ikke
8) Har du indenfor den sidste uge været hæmmet i at gøre noget på grund af din øjensygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De næste spørgsmål omhandler nogle generelle forhold vedrørende din øjensygdom

	Ja rigtigt meget	Ja lidt	Nej slet ikke
9) Føler du, at dit udseende har ændret sig på grund af din øjensygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Føler du, at folk på gaden kigger på dig på grund af din øjensygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Føler du, at folk reagerer negativt overfor dig på grund af din øjensygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Føler du, at din øjensygdom påvirker din selvtillid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Føler du dig socialt isoleret på grund af din øjensygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Føler du, at din øjensygdom påvirker din evne til at få venner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Mener du, at du optræder sjældnere på fotos nu, end før du fik din øjensygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Forsøger du at skjule de ændringer af dit udseende, som din øjensygdom har medført?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>