

# CATQUEST-9SF

**Patienten Zahl:** \_\_\_\_\_

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

Anhand dieses Fragebogens werden die Schwierigkeiten ermittelt, die Sie aufgrund Ihrer Sehschwäche im täglichen Leben haben.

Damit die bestmögliche medizinische Behandlung gewährleistet werden kann, antworten Sie bitte möglichst wahrheitsgemäß und genau.

Falls Sie Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen usw.) für den Fern- und/oder Nahbereich verwenden, beziehen sich diese Fragen nur auf deren Verträglichkeit und nur auf Ihr Befinden in den letzten 4 Wochen.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen auf der nächsten Seite nur an die Probleme, die auf Ihr Sehvermögen zurückzuführen sind. Das ist nicht immer einfach, wenn Sie unter weiteren Einschränkungen, wie z. B. Gelenksproblemen, Zittern oder Schwindel usw.) leiden.

Versuchen Sie bitte trotzdem einzuschätzen, welche Bedeutung Ihr Sehvermögen bei der Ausübung der angegebenen Tätigkeiten hat.

A. Bereitet Ihnen Ihr derzeitiges Sehvermögen in irgendeiner Weise Probleme im Alltag?

Ja, sehr große Probleme	Ja, große Probleme.	Ja, leichte Probleme	Nein, keine Probleme.	kann ich nicht einschätzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

B. Sind Sie mit Ihrem derzeitigen Sehvermögen zufrieden oder unzufrieden?

sehr unzufrieden	ziemlich unzufrieden	recht zufrieden	sehr zufrieden	kann ich nicht einschätzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

C. Haben Sie bei folgenden Tätigkeiten aufgrund Ihres Sehvermögens Schwierigkeiten? Wenn ja, wie groß sind diese? Bitte kreuzen Sie pro Reihe nur das Kästchen an, das am ehesten zutrifft.

	sehr große Probleme	große Probleme	leichte Probleme	keine Probleme	kann ich nicht einschätzen
Lesen der Tageszeitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennen der Gesichter von entgegenkommenden Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen der Preisschilder beim Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennen von Bodenunebenheiten beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handarbeiten, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen von Text auf dem Fernsehbildschirm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausüben von Freizeitaktivitäten und Hobbies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!