

A. Crede che la sua visione attuale le crei difficoltà nelle attività di vita quotidiana?

Si, difficoltà molto grandi

Si, difficoltà grandi

Si, qualche difficoltà

No, nessuna difficoltà

Non so decidere

B. E' soddisfatto dalla sua visione attuale?

Molto insoddisfatto

Piuttosto insoddisfatto

Abbastanza soddisfatto

Molto soddisfatto

Non so decidere

C. Ha delle difficoltà nell'eseguire le seguenti attività a causa della sua visione?
Se così, quando? In ogni riga segnare, solo con una croce, il quadrato che pensa rispecchi più la realtà.

Si, difficoltà molto grandi

Si, difficoltà grandi

Si, qualche difficoltà

No, nessuna difficoltà

Non so decidere

Leggere un testo sul giornale.

Riconoscere i volti delle persone che incontra

Vedere i prezzi delle cose mentre fa le spese

Riuscire a camminare su un terreno irregolare.

Riuscire a cucire oppure svolgere altre attività artigianali

Leggere un testo che appare sullo schermo del televisore.

Riuscire a svolgere il suo hobby preferito.

Grazie per la collaborazione!

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

TELEFONO

Occhio da operare:

destro

sinistro

Data intervento:

Occhio operato:

destro

sinistro

nessuno

Data intervento: