

Löpnummer	Personnummer	Namn:
-----------	--------------	-------

**A. Har Du på grund av Din synförmåga besvär med följande aktiviteter?  
Använder Du glasögon gäller frågorna hur det är med Dina bästa glasögon!**

**PRIQUEST V2**

Sätt ett kryss på varje rad i den ruta som Du tycker stämmer bäst med verkligheten.

<b>A1. Se på nära håll, ex att läsa tidning, prislappar eller annat närarbete.</b>	<b>Ja, mycket stora besvär</b>	<b>Ja, stora besvär</b>	<b>Ja, vissa besvär</b>	<b>Nej, inga besvär</b>	<b>Kan inte ta ställning</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A2. Se på långt håll ex känna igen ansikten på dem Du möter.</b>	<b>Ja, mycket stora besvär</b>	<b>Ja, stora besvär</b>	<b>Ja, vissa besvär</b>	<b>Nej, inga besvär</b>	<b>Kan inte ta ställning</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A3. Se att läsa texten på TV eller på dator.</b>	<b>Ja, mycket stora besvär</b>	<b>Ja, stora besvär</b>	<b>Ja, vissa besvär</b>	<b>Nej, inga besvär</b>	<b>Kan inte ta ställning</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>B1. Blir Du bländad av strålkastare, lampor eller andra ljuskällor</b>	<b>Ja, mycket stora besvär</b>	<b>Ja, stora besvär</b>	<b>Ja, vissa besvär</b>	<b>Nej, inga besvär</b>	<b>Kan inte ta ställning</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B2. Upplever Du att ena ögat stör det andra eller en svårighet att bedöma avstånd? Ex. hålla bredvid, trampa fel på trottoarkanter.</b>	<b>Ja, mycket stora besvär</b>	<b>Ja, stora besvär</b>	<b>Ja, vissa besvär</b>	<b>Nej, inga besvär</b>	<b>Kan inte ta ställning</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>C1. Du som förvärvs-arbetar; orsakar Din nuvarande syn Dig besvär att sköta arbetet?</b>	<b>Ja, mycket stora besvär</b>	<b>Ja, stora besvär</b>	<b>Ja, vissa besvär</b>	<b>Nej, inga besvär</b>	<b>Ej aktuellt</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C2. Du som är bilförare eller nyligen har slutat att köra bil; har eller hade Du besvär att köra bil på grund av synen?</b>	<b>Ja, mycket stora besvär</b>	<b>Ja, stora besvär</b>	<b>Ja, vissa besvär</b>	<b>Nej, inga besvär</b>	<b>Ej aktuellt</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C3. Har Du med Din nuvarande syn besvär med att klara Dig själv hemma eller att vårda någon närstående?</b>	<b>Ja, mycket stora besvär</b>	<b>Ja, stora besvär</b>	<b>Ja, vissa besvär</b>	<b>Nej, inga besvär</b>	<b>Ej aktuellt</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>