

Kwestionariusz 30 pozycji

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: DATA:
 Zaznacz tę kolumnę, która najlepiej opisuje pojawianie się każdego z objawów. Wypełnione przez:

	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
1. Zamazywanie się obrazu przy patrzeniu blisko					
2. Podwójne widzenie					
3. Bóle głowy przy pracy z bliska					
4. Łączenie się (zlewanie) słów przy czytaniu					
5. Pieczenie, swędzenie, łzawienie oczu					
6. Zасыpianie przy czytaniu					
7. Gorsze widzenie pod koniec dnia					
8. Przeskakiwanie/powtarzanie linijki przy czytaniu					
9. Zawroty głowy/nudności przy pracy z bliska					
10. Przechylanie głowy / Zamykanie jednego oka przy czytaniu					
11. Trudności z przepisywaniem z tablicy					
12. Unikanie pracy z bliska/czytania					
13. Omijanie krótkich słów przy czytaniu					
14. Pisanie "pod górkę" / "z górki"					
15. Przesuwanie cyfr / kolumn liczb					
16. Obniżony poziom rozumienia czytanego tekstu					
17. Słaby/niekonsekwentny (raz wspaniały innym razem kiepski) w sporcie					
18. Trzyma czytany tekst zbyt blisko					
19. Kłopoty z utrzymaniem uwagi przy czytaniu					
20. Trudności z wykonaniem zadań na czas					
21. Zawsze mówi "Nie potrafię", zanim jeszcze spróbuje					
22. Unikanie sportów / zabaw ruchowych					
23. Słaba koordynacja oko-ręka (brzydkie pismo)					
24. Nie potrafi dobrze ocenić odległości					
25. Niezręczny, przewraca różne przedmioty					
26. Nie potrafi dobrze zorganizować sobie czasu					
27. Problemy z rozmienianiem pieniędzy					
28. Gubi rzeczy osobiste / inne przedmioty					
29. Choroba lokomocyjna					
30. Roztargniony / Słaba pamięć					

INNE UWAGI:

0 x ___ = 1 x ___ = 2 x ___ = 3 x ___ = 4 x ___ =

RAZEM _____