

Patientenkät inför CI-operation

Version 20220126

Patientens namn:

Patientens personnummer:

Datum:

1. Under de senaste tre månaderna, vilka hörhjälpmedel har du använt?

Kryssa för de alternativ som stämmer för dig

	Hörapparat	Cochleaimplantat	Annat	Inget
Höger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande frågor besvaras utifrån de hörhjälpmedel du angett under fråga 1. Med hörapparat avses även cochleaimplantat.

2. Tänk på hur mycket du använde din/a nuvarande hörapparat/er under de senaste två veckorna. Hur många timmar använde du hörapparaten/erna under en genomsnittlig dag?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte alls	Mindre än 1 timme per dag	1 till 4 timmar per dag	4 till 8 timmar per dag	Mer än 8 timmar per dag

3. Tänk på den situation där du mest önskade höra bättre innan du fick din/a nuvarande hörapparat/er. Hur mycket har hörapparaten/erna hjälpt i den situationen under de senaste två veckorna?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjälpte inte alls	Hjälpte lite	Hjälpte någorlunda	Hjälpte en hel del	Hjälpte mycket

4. Tänk igen på den situation där du mest önskade höra bättre. Hur mycket svårigheter har du FORTFARANDE i den situationen när du använder din/a nuvarande hörapparat/er?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stora svårigheter	En hel del svårigheter	Måttliga svårigheter	Lite svårigheter	Inga svårigheter

5. Tycker du att din/a nuvarande hörapparat/er är värd/a besväret om du tar hänsyn till allt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte alls värda besväret	Lite värda besväret	Någorlunda värda besväret	En hel del värda besväret	Mycket väl värda besväret

6. Hur mycket har dina kvarstående hörselproblem försvårat vad du kunnat göra under de senaste två veckorna med din/a nuvarande hörapparat/er?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Försvårat mycket	Försvårat en hel del	Försvårat måttligt	Försvårat något	Inte försvårat alls

7. Hur mycket tror du att andra människor besvärades av dina svårigheter att höra under de senaste två veckorna med din/a nuvarande hörapparat/er?
- Besvärades väldigt mycket
 Besvärades en hel del
 Besvärades måttligt
 Besvärades lite
 Besvärades inte alls
8. Hur mycket har din/a nuvarande hörapparat/er påverkat din livsglädje om du tar hänsyn till allt?
- Försämrat
 Ingen ändring
 Förbättrat något
 Förbättrat en hel del
 Förbättrat väldigt mycket
9. Är du nöjd med ljudkvaliteten i din/a nuvarande hörapparat/er?
- Mycket ofta
 Ofta
 Ibland
 Sällan
 Aldrig
10. Kan du avgöra var en ljudkälla finns i din omgivning även om du inte ser den?
- Mycket ofta
 Ofta
 Ibland
 Sällan
 Aldrig
11. Har du svårigheter att hantera din/a nuvarande hörapparat/er, t.ex. sätta på plats, byte av filter, byta/ladda batteri, hantera reglage/fjärrkontroll?
- Mycket ofta
 Ofta
 Ibland
 Sällan
 Aldrig
12. Har det hänt under de senaste tre månaderna att ljudet i din/a nuvarande hörapparat/er blivit oacceptabelt starkt?
- Mycket ofta
 Ofta
 Ibland
 Sällan
 Aldrig
13. Har du svårigheter att, med din/a nuvarande hörapparat/er, delta i samtal i bullriga miljöer eller i miljöer där många (fler än 4 personer) pratar samtidigt?
- Ja, stora svårigheter
 En hel del svårigheter
 Måttliga svårigheter
 Lite svårigheter
 Nej, inga svårigheter
14. Har du svårigheter att, med din/a nuvarande hörapparat/er, delta i samtal i lugna miljöer eller i miljöer där få (4 personer eller färre) pratar samtidigt?
- Ja, stora svårigheter
 En hel del svårigheter
 Måttliga svårigheter
 Lite svårigheter
 Nej, inga svårigheter
15. Upplever du att ditt tal är lätt att förstå för andra?
- Nej, aldrig
 Nästan aldrig
 Ibland
 Nästan alltid
 Ja, alltid
16. Kan du avgöra om din röst är lagom stark i samtal?
- Nej, aldrig
 Nästan aldrig
 Ibland
 Nästan alltid
 Ja, alltid

17. Är du säker på hur språkljud uttalas?

- Nej, aldrig
 Nästan aldrig
 Ibland
 Nästan alltid
 Ja, alltid

18. Hur mycket påverkar tinnitus ditt dagliga liv?

- Har inte tinnitus
 Påverkar inte alls
 Påverkar lite
 Påverkar en hel del
 Påverkar mycket

19. Hur mycket påverkar yrsel ditt dagliga liv?

- Har inte yrsel
 Påverkar Inte alls
 Påverkar lite
 Påverkar en hel del
 Påverkar mycket

20. Vilket stöd upplever du från familj och närstående i din hörselsituation?

- Inget stöd
 Litet stöd
 Måttligt stöd
 Stort stöd
 Mycket stort stöd
 Ej aktuellt

21. Är du nöjd med vården i samband med CI-utredning och beslut om operation?

- Nej, inte alls
 Till liten del
 Till viss del
 Till stor del
 Ja, helt och hållet

22. Gjorde vårdpersonalen dig delaktig i din CI-utredning och beslutet om operation?

- Nej, inte alls
 Till liten del
 Till viss del
 Till stor del
 Ja, helt och hållet

23. Kände du dig bemött med respekt och värdighet av vårdgivare i samband med CI-utredning och beslut om operation?

- Nej, inte alls
 Till liten del
 Till viss del
 Till stor del
 Ja, helt och hållet

24. Fick du tillräckligt med information om din vård/behandling från vårdgivare?

- Nej, inte alls
 Till liten del
 Till viss del
 Till stor del
 Ja, helt och hållet

25. Anser du att hörselvården har samordnat dina kontakter med andra vårdenheter i den utsträckning som behövts inför din CI-operation?

- Nej, inte alls
 Till liten del
 Till viss del
 Till stor del
 Ja, helt och hållet

26. Vad är din nuvarande huvudsakliga sysselsättning? Flera alternativ är möjliga.

- Studerande
 Arbetssökande
 Heltids-arbetande
 Deltids-arbetande
 Ålderspensionär
 Ersättning från Försäkringskassan