

Patientenkät

Rör i trumhinnan

Personnummer: _____

Namn: _____

Svaren ska avspegla situationen sådan den varit under de senaste **tre månaderna**. Kryssa för **ett alternativ** vid varje fråga. Välj det svar du tycker passar bäst!

Datum (åååå-mm-dd): _____

Enkäten är ifylld:

Före operation:

Efter operation:

Frågor om patienten

1) Hur skulle du vilja beskriva ditt barns hörsel?

Normal Något nedsatt Rätt så dålig

2) Har ditt barn haft svårigheter med hörseln i större sällskap?

Inte alls Enstaka gånger Nästan alltid

3) Har ditt barn uttalat början eller slutet av ord på fel sätt?

Inte alls Enstaka gånger Nästan alltid

4) Har ditt barn låtit nästäppt?

Inte alls Enstaka gånger Nästan alltid

5) Har ditt barn snarkat eller andats ansträngt om natten?

Inte alls Enstaka gånger Nästan alltid

6) Hur mycket tycker du att öronsjukdomen påverkar hur barnet mår?

Inte alls Lite Mycket

7) Hur mycket tycker du att öronsjukdomen påverkar hur barnet betar sig?

Inte alls Lite Mycket