

Patient/Subject #: _____
Date: ___/___/___ Time: _____

**CONTACT LENS QUESTIONNAIRE-8  
(CLDEQ-8)**

1. Vragen over OOG DISCOMFORT:

a. Als u terugdenkt aan een gewone dag gedurende de afgelopen 2 weken, **hoe vaak** voelde uw ogen oncomfortabel aan tijdens het dragen van contactlenzen?

- 0 Nooit
- 1 Nauwelijks
- 2 Soms
- 3 Regelmatig
- 4 Constant

Als uw ogen oncomfortabel aan voelde tijdens het dragen van contactlenzen, **hoe intens was dit gevoel van discomfort...**

b. Aan het einde van de draagtijd?

Heb dit nooit	Niet intens					Erg intens
0	1	2	3	4		5

2. Vragen over DROOGHEID VAN DE OGEN:

a. Als u terugdenkt aan een gewone dag gedurende de afgelopen 2 weken, **hoe vaak** voelde uw ogen droog aan?

- 0 Nooit
- 1 Nauwelijks
- 2 Soms
- 3 Regelmatig
- 4 Constant

Als uw ogen droog aanvoelde, **hoe intens was dit gevoel van droogheid...**

b. Aan het einde van de draagtijd?

Heb dit nooit	Niet intens					Erg intens
0	1	2	3	4		5

3. Vragen over WISSELEND EN WAZIG ZICHT:

a. Als u terugdenkt aan een gewone dag gedurende de afgelopen 2 weken, **hoe vaak** wisselde uw zicht tussen helder en wazig terwijl u uw contactlenzen droeg?

- 0 Nooit
- 1 Nauwelijks
- 2 Soms
- 3 Regelmatig
- 4 Constant

Als uw zicht waziger was, **hoe intens merkbaar was dit wisselende, vage, of wazige zicht...**

b. Aan het einde van de draagtijd?

Heb dit nooit	Niet intens					Erg intens
0	1	2	3	4		5

4. Vraag over het SLUITEN VAN UW OGEN:

Als u terugdenkt aan een gewone dag gedurende de afgelopen 2 weken, **hoe vaak** had u zoveel last van uw ogen dat u ze liever wou sluiten?

- 0 Nooit
- 1 Nauwelijks
- 2 Soms
- 3 Regelmatig
- 4 Constant

5. Vraag over het UITHALEN VAN UW LENZEN:

Hoe vaak gedurende de afgelopen 2 weken, had u zoveel last van uw ogen terwijl u Lenzen droeg, dat u het gevoel had dat u moest stoppen met wat u aan het doen was en eerst uw Lenzen moest uithalen?

- 1 Nooit
- 2 Minder dan een keer per week
- 3 Wekelijks
- 4 Aantal keer per week
- 5 Dagelijks
- 6 Paar maal per dag