

www.testarchiv.eu

## Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

### NEI-VFQ National Eye Institute Visual Function Questionnaire - deutsche Adaptation

Franke, G. H., Esser, J., Voigtländer, A. & Mähner, N. (2009)

Franke, G. H., Esser, J., Voigtländer, A. & Mähner, N. (2009). NEI-VFQ. National Eye Institute Visual Function Questionnaire [Verfahrensdokumentation, Autorenbeschreibung und Fragebogen]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.4571>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie unter:

**<https://www.testarchiv.eu/de/test/9004023>**

#### Verpflichtungserklärung

Bei dem Testverfahren handelt es sich um ein Forschungsinstrument, das der Forschung, Lehre und Praxis dient. Es wird vom Testarchiv online und kostenlos zur Verfügung gestellt und ist urheberrechtlich geschützt, d. h. das Urheberrecht liegt weiterhin bei dem/den Autor/en.

Mit der Nutzung des Verfahrens verpflichte ich mich, die Bedingungen der [Creative Commons Lizenz CC BY-SA 4.0](#) zu beachten. Ich werde nach Abschluss meiner mit dem Verfahren zusammenhängenden Arbeiten mittels des [Rückmeldeformulars](#) die TestautorInnen über den Einsatz des Verfahrens und den damit erzielten Ergebnissen informieren.

#### Terms of use

The test instrument is a research instrument that serves research, teaching and practice. It is made available online and free of charge by the test archive and is protected by copyright, i.e. the copyright remains with the author(s). By using this test, I agree to abide by the terms of the [Creative Commons License CC BY-SA 4.0](#). After completion of my work with the measure, I will inform the test authors about the use of the measure and the results I have obtained by means of the [feedback form](#).

## Fragebogen zur Sehkraft

Bitte markieren Sie das Feld, das die Frage für Sie am besten beantwortet.

### 1. Wie würden Sie im allgemeinen ihren Gesundheitszustand beschreiben:

Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht
1	2	3	4	5

### 2. Wie würden Sie heute Ihre Sehkraft bewerten, die sie mit **Brille oder** Kontaktlinsen haben?

Ausgezeichnet	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht	Vollständig blind
1	2	3	4	5	6

### 3. Wie oft sorgen Sie sich um ihre Sehkraft?

Niemals	Selten	Manchmal	Meistens	Immer
1	2	3	4	5

### 4. In welchen Ausmaß hatten Sie in der Vergangenheit Schmerzen oder Beschwerden in und um Ihre Augen?

Gar keine	Leichte	Mittelmäßige	Starke	Sehr starke
1	2	3	4	5

### 5. Wie groß sind Ihre Schwierigkeiten beim Lesen einer normal gedruckten Zeitung? Haben Sie...

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen der Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

### 6. Wie stark sind Ihre Schwierigkeiten, wenn Sie auf Ihrer Arbeit oder beim Ausüben von Hobbies in der Nähe gut sehen müssen, z.B. beim Kochen, Nähen, bei der Hausarbeit, beim Benutzen von Werkzeug. Würden Sie sagen:

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

### 7. Haben sie aufgrund Ihrer Sehkraft Probleme, etwas in einem unübersichtlichen Regal zu finden?

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

**8. Wie groß sind Ihre Schwierigkeiten, Straßenschilder oder die Namen von Geschäften zu lesen?**

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

**9. Haben Sie aufgrund Ihrer Sehkraft bei Dämmerung oder in der Nacht Schwierigkeiten, Stufen, Treppen oder den Bordstein herabzusteigen?**

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

**10. Haben Sie aufgrund Ihrer Sehkraft Schwierigkeiten, Dinge neben sich zu sehen, wenn Sie irgendwo entlang gehen?**

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

**11. Haben Sie aufgrund Ihrer Sehkraft Schwierigkeiten zu sehen, wie andere auf das reagieren, was Sie gerade gesagt haben?**

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

**12. Haben Sie aufgrund Ihrer Sehkraft Schwierigkeiten, Ihre eigene Kleidung farblich zusammenzustellen?**

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

**13. Haben Sie aufgrund Ihrer Sehkraft Schwierigkeiten, neue Bekannte in deren Wohnung zu besuchen oder auf Partys oder im Restaurant zu erkennen?**

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

**14. Haben Sie aufgrund Ihrer Sehkraft Schwierigkeiten, ins Kino oder Theater zu gehen oder Sportveranstaltungen zu besuchen?**

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

**15. Nun möchte ich Fragen zum Auto fahren stellen. Fahren Sie zur Zeit, oder wenigstens manchmal, Auto?**

Ja	Nein
1	2

**15.a. Wenn NEIN. Sind Sie bisher nie Auto gefahren oder haben Sie das Auto fahren aufgegeben?**

Bin nie Auto gefahren	Habe das Auto fahren aufgegeben
1	2

**15.b. Wenn Sie das AUTO FAHREN AUFGEGEBEN HABEN. War es hauptsächlich wegen der Sehkraft, gab es andere Gründe, oder war es sowohl wegen Ihrer Sehkraft als auch aus anderen Gründen?**

Hauptsächlich wegen der Sehkraft	Hauptsächlich wegen anderer Gründe	Sowohl wegen der Sehkraft als auch aus anderen Gründen
1	2	3

**15.c. Wenn Sie AUTO FAHREN. Wie starke Schwierigkeiten haben Sie beim Auto fahren, wenn Sie am Tag durch bekannte Gegenden fahren?**

Keine	Wenig	Ziemlich	Starke
1	2	3	4

**16. Haben Sie aufgrund Ihrer Sehkraft Schwierigkeiten, nachts Auto zu fahren?**

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

**Die nächsten Fragen behandeln Dinge, die Sie vielleicht aufgrund Ihrer Sehkraft tun, z.B. bei der Arbeit oder bei täglichen Aktivitäten im Haushalt, bei der Kinderpflege, in der Schule oder bei gesellschaftlichen Aktivitäten. Bei jeder Frage antworten Sie bitte, ob dies für sie immer zutrifft, meistens, manchmal, selten oder nie.**

Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
1	2	3	4	5

17.	Bringen Sie weniger zustande, als Sie sich vorgenommen haben?	1	2	3	4	5
18.	Können Sie nicht so lange arbeiten oder andere Aktivitäten durchführen wie Sie gerne möchten?	1	2	3	4	5

**19. Wie stark hindern Sie Schmerzen oder Beschwerden in und um Ihre Augen, wie z.B. Brennen der Augen, Jucken, Schmerzen, daran, das zu tun, was Sie tun möchten? Würden Sie sagen:**

Niemals	Manchmal	Die Hälfte	Die meiste Zeit	Immer
1	2	3	4	5

**Die nächsten Fragen behandeln Ihr Umgehen mit Ihrem Sehvermögen. Bitte markieren Sie für jede Aussage, ob sie für Sie absolut richtig ist, meistens richtig ist, ob sie nicht sicher sind, ob sie meistens falsch ist oder absolut falsch ist**

Absolut richtig	Meistens richtig	Weiß nicht	Meistens falsch	Absolut falsch
1	2	3	4	5
20.	Wegen meiner Sehkraft	bleibe ich die meiste Zeit zu Hause		1 2 3 4 5
21.	Wegen meiner Sehkraft	bin ich die meiste Zeit gehemmt		1 2 3 4 5
22.	Wegen meiner Sehkraft	habe ich sehr wenig Kontrolle über das, was ich tue		1 2 3 4 5
23.	Wegen meiner Sehkraft	muß ich mich zu sehr auf andere Menschen verlassen		1 2 3 4 5
24.	Wegen meiner Sehkraft	benötige ich viel Hilfe von Anderen		1 2 3 4 5

**Bei der folgenden Aussage markieren Sie bitte, ob sie für Sie absolut richtig ist, meistens richtig ist, ob sie nicht sicher sind, ob sie meistens falsch oder absolut falsch ist**

Absolut richtig		Meistens richtig		Weiß nicht		Meistens falsch		Absolut falsch			
1		2		3		4		5			
25.	Ich mache mir Sorgen darüber, daß ich wegen meiner eingeschränkten Sehkraft mir oder anderen Probleme bereiten werde						1	2	3	4	5

**A1. Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand auf einer Skala bewerten, bei der 0 die schlechteste mögliche und 10 die bestmögliche Gesundheit bezeichnet.**

Schlechteste											Beste
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**A2. Wie würden Sie Ihre heutige Sehkraft auf einer Skala bewerten, bei der 0 die schlechteste mögliche und 10 die bestmögliche Sehkraft bezeichnet.**

Schlechteste											Beste
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**A3. Wenn Sie Ihre Brille oder Kontaktlinsen tragen, wie stark sind Ihre Schwierigkeiten, wenn Sie die kleine Schrift im Telefonbuch, auf einer Arzneiflasche oder auf einem Formular lesen wollen?**

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

**A4. Haben Sie aufgrund Ihrer Sehkraft Schwierigkeiten herauszufinden, ob die Rechnung, die man Ihnen ausstellt, korrekt ist?**

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

**A5. Haben sie aufgrund Ihrer Sehkraft Schwierigkeiten, sich vor dem Spiegel zu rasieren, oder Ihr Haar zu frisieren, oder sich zu schminken?**

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

**A6. Haben Sie aufgrund Ihrer Sehkraft Schwierigkeiten, Menschen, die Sie kennen, in einem Raum wiederzuerkennen?**

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

**A7. Haben Sie aufgrund Ihrer Sehkraft Schwierigkeiten zu joggen oder spazieren zu gehen?**

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

**A8. Haben Sie aufgrund Ihrer Sehkraft Schwierigkeiten, das Fernsehprogramm zu sehen und sich daran zu erfreuen?**

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

**A9. Haben Sie aufgrund Ihrer Sehkraft Schwierigkeiten, Freunde und Familienangehörige bei Ihnen zu Hause zu bewirten und zu unterhalten?**

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

**A10. Haben Sie aufgrund Ihrer Sehkraft Schwierigkeiten, unter schlechten Bedingungen Auto zu fahren, wie bei schlechtem Wetter, in der Hauptverkehrszeit, auf der Autobahn oder im Stadtverkehr?**

Keine Schwierigkeiten	Wenig Schwierigkeiten	Ziemliche Schwierigkeiten	Starke Schwierigkeiten	Wegen Ihrer Sehkraft aufgehört	Aus anderen Gründen aufgehört oder kein Interesse
1	2	3	4	5	6

Die nächsten Fragen behandeln Dinge, die Sie vielleicht aufgrund Ihrer Sehkraft tun, z.B. bei der Arbeit oder bei täglichen Aktivitäten im Haushalt, bei der Kinderpflege, in der Schule oder bei gesellschaftlichen Aktivitäten. Bei jeder Frage antworten Sie bitte, ob dies für sie immer zutrifft, meistens, manchmal, selten oder nie.

Immer		Meistens		Manchmal		Selten		Nie			
1		2		3		4		5			
A11a.	Benötigen Sie mehr Hilfe von anderen?						1	2	3	4	5
A11b.	Sind Sie in den Dingen, die Sie tun wollen, eingeschränkt?						1	2	3	4	5

Die nächsten Fragen behandeln Ihr Umgehen mit Ihrem Sehvermögen. Bitte markieren Sie für jede Aussage, ob sie für Sie absolut richtig ist, meistens richtig ist, ob sie nicht sicher sind, ob sie meistens falsch ist oder absolut falsch ist

Absolut richtig		Meistens richtig	Weiß nicht	Meistens falsch	Absolut falsch				
1		2	3	4	5				
A12.	Wegen meiner Sehkraft		bin ich oft gereizt		1	2	3	4	5
A13.	Wegen meiner Sehkraft		gehe ich nicht alleine aus dem Haus		1	2	3	4	5