

Vragenlijst algemene gezondheid

APS Therapy
Mr B.M. Teldersstraat 7
6842 CT Arnhem
Nederland

In te vullen door behandelaar:

Cliënt nummer:

Tel.: +31 (0)26-479 09 00
info@apstherapy.com
www.apstherapy.com

Score formulier: 1 2 3 (*omcirkelen*)

KvK.: 20119071
IBAN: NL73 RABO 0354 3711 69
BIC: RABONL2U
BTW nummer: 8145.39.397.B01

Persoonsgegevens:

In te vullen door de cliënt:

Datum van invullen

Naam

Geboortedatum

Adres

Postcode

Woonplaats

Klachtomschrijving /
Diagnose

VAS Score

VAS staat voor visueel analoge schaal. Hiermee wordt de huidige toestand met een cijfer gewaardeerd. Dat kan op verschillende manier en bij deze methode maken we gebruik van de schaal van 0 tot 10 waarbij 0 staat voor een pijnloos bestaan en 10 voor ondraaglijke pijn.

Hieronder kunt u aangeven hoe u de huidige situatie zou beoordelen:

VAS:

0 = Geen pijn

10 = Ondraaglijke pijn

Verder verzoeken wij u op de volgende pagina's de vragenlijst in te vullen.

Kwaliteit van leven vragenlijst (RAND 36)

Toelichting

In deze vragenlijst wordt naar uw gezondheid gevraagd.
Wilt U elke vraag beantwoorden door het juiste hokje aan te kruisen.
Wanneer U twijfelt over het antwoord op een vraag, probeer dan het antwoord te geven dat het meest van toepassing is.

1. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?

- | | |
|------------|----------------------------|
| uitstekend | <input type="checkbox"/> 1 |
| zeer goed | <input type="checkbox"/> 2 |
| goed | <input type="checkbox"/> 3 |
| matig | <input type="checkbox"/> 4 |
| slecht | <input type="checkbox"/> 5 |

2. *In vergelijking met een jaar geleden, hoe zou u nu uw gezondheid in het algemeen Beoordelen?*

- | | |
|---|----------------------------|
| Veel beter dan een jaar geleden | <input type="checkbox"/> 1 |
| Iets beter dan een jaar geleden | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ongeveer hetzelfde als een jaar geleden | <input type="checkbox"/> 3 |
| Iets slechter dan een jaar geleden | <input type="checkbox"/> 4 |
| Veel slechter dan een jaar geleden | <input type="checkbox"/> 5 |

3. De volgende vragen gaan over dagelijkse bezigheden.
Wordt u door uw gezondheid *op dit moment* beperkt bij deze bezigheden?
Zo ja, in welke mate?

- | | ja,
ernstig
beperkt | ja, een
beetje
beperkt | nee, hele-
maal niet
beperkt |
|---|----------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| a. <i>Forse inspanning</i>
zoals hardlopen, zware voorwerpen
tillen, inspannend sporten | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b. <i>Matige inspanning</i>
zoals het verplaatsen van een
tafel, stofzuigen, fietsen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| c. Tillen of boodschappen dragen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| d. <i>Een paar</i> trappen oplopen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| e. <i>Één</i> trap oplopen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| f. Buigen knielen of bukken | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| g. <i>Meer dan een kilometer</i> lopen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| h. <i>Een halve kilometer</i> lopen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| i. <i>Honderd meter</i> lopen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| j. Uzelf wassen of aankleden | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

4. Had u, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid *de afgelopen 4 weken* één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

- | | ja | nee |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. U heeft <i>minder tijd</i> kunnen besteden aan werk of andere bezigheden | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. U heeft <i>minder bereikt</i> dan u zou willen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. U was beperkt in het <i>soort</i> werk of het soort bezigheden | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. U had moeite met het werk of andere bezigheden (het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

5. Had u, ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde), *de afgelopen 4 weken* één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

- | | ja | nee |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. U heeft <i>minder tijd</i> kunnen besteden aan werk of andere bezigheden | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. U heeft <i>minder bereikt</i> dan u zou willen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

6. In hoeverre heeft uw lichamelijke gezondheid of hebben van emotionele problemen u *de afgelopen 4 weken* belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin, vrienden, buren of anderen?

- | | |
|---------------|----------------------------|
| helemaal niet | <input type="checkbox"/> 1 |
| enigszins | <input type="checkbox"/> 2 |
| nogal | <input type="checkbox"/> 3 |
| veel | <input type="checkbox"/> 4 |
| heel erg veel | <input type="checkbox"/> 5 |

7. Hoeveel pijn had u *de afgelopen 4 weken*?

- | | |
|--------------|----------------------------|
| geen | <input type="checkbox"/> 1 |
| heel licht | <input type="checkbox"/> 2 |
| licht | <input type="checkbox"/> 3 |
| nogal | <input type="checkbox"/> 4 |
| ernstig | <input type="checkbox"/> 5 |
| heel ernstig | <input type="checkbox"/> 6 |

8. In welke mate heeft pijn u *de afgelopen vier weken* belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?

- | | |
|------------------|----------------------------|
| helemaal niet | <input type="checkbox"/> 1 |
| een klein beetje | <input type="checkbox"/> 2 |
| nogal | <input type="checkbox"/> 3 |
| veel | <input type="checkbox"/> 4 |
| heel erg veel | <input type="checkbox"/> 5 |

9. Deze vragen gaan over hoe u zich *de afgelopen 4 weken* heeft gevoeld. Wilt U bij elke vraag het antwoord aankruisen dat het beste aansluit bij hoe U zich heeft gevoeld.

Hoe vaak gedurende *de afgelopen 4 weken*:

		voort- durend	meestal	vaak	soms	zelden	nooit
a.	voelde u zich levenslustig?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b.	voelde u zich erg zenuwachtig?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c.	zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d.	voelde u zich kalm en rustig?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e.	voelde u zich erg energiek?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f.	voelde u zich neerslachtig en somber?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g.	voelde u zich uitgeblust?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h.	voelde u zich gelukkig?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i.	voelde u zich moe?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

10. *Hoe vaak* hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen *gedurende de afgelopen 4 weken* uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

voortdurend	<input type="checkbox"/> 1
meestal	<input type="checkbox"/> 2
soms	<input type="checkbox"/> 3
zelden	<input type="checkbox"/> 4
nooit	<input type="checkbox"/> 5

11. Wilt U het antwoord kiezen dat het beste weergeeft hoe juist of onjuist u elke van de volgende uitspraken voor uzelf vindt.

		volkomen juist	grotendeels juist	weet ik niet	grotendeels onjuist	volkomen onjuist
a.	Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b.	Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c.	Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d.	Mijn gezondheid is uitstekend.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5