

Patiënt Identificatie Nummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Dag +....

Datum: _____

QoR-40 vragenlijst

Deel A: Hoe heeft u zich de laatste 24 uur gevoeld? (Waarbij 1 = heel slecht en 5 = uitstekend) Bijvoorbeeld: Als u in de afgelopen 24 uur de gehele tijd gemakkelijk heeft kunnen ademen, kunt u dit aangeven door antwoord 5 (= de gehele tijd) te omcirkelen.

Omcirkel slechts 1 cijfer en geef alstublieft op alle vragen antwoord.

Welbevinden	Helemaal niet	Af en toe	Regelmatig	Vaak	De gehele tijd
Ik heb het gevoel dat ik gemakkelijk kan ademen	1	2	3	4	5
Ik heb het gevoel dat ik goed heb geslapen	1	2	3	4	5
Ik heb het gevoel dat ik van eten zou kunnen genieten	1	2	3	4	5
Ik voel me uitgerust	1	2	3	4	5

Gevoelens	Helemaal niet	Af en toe	Regelmatig	Vaak	De gehele tijd
Ik heb een algemeen gevoel van welzijn	1	2	3	4	5
Ik heb het gevoel controle te hebben	1	2	3	4	5
Ik voel me prettig	1	2	3	4	5

Zelfredzaamheid	Helemaal niet	Af en toe	Regelmatig	Vaak	De gehele tijd
Ik heb het gevoel dat ik normaal kan praten	1	2	3	4	5
Ik heb het gevoel dat ik in staat ben mezelf te wassen, tanden poetsen of scheren	1	2	3	4	5
Ik heb het gevoel dat ik in staat ben mijn uiterlijk te verzorgen	1	2	3	4	5
Ik heb het gevoel dat ik in staat ben te schrijven	1	2	3	4	5
Ik heb het gevoel dat ik in staat ben om te werken of huishoudelijke taken te doen	1	2	3	4	5

Patiënt Identificatie Nummer: |_|_|_|_|_|

Datum: _____

Steun	Helemaal niet	Af en toe	Regelmatig	Vaak	De gehele tijd
Ik voel me in staat met familie en vrienden te spreken	1	2	3	4	5
Ik heb steun aan familie of vrienden	1	2	3	4	5
Ik voel me in staat uitleg en adviezen te begrijpen	1	2	3	4	5

Bent u nog opgenomen in het ziekenhuis?

Ja / Nee

Onderstaande 3 vragen over 'Steun' alleen invullen indien u nog opgenomen bent in het ziekenhuis.

Steun	Helemaal niet	Af en toe	Regelmatig	Vaak	De gehele tijd
Ik voel me in staat om het ziekenhuis personeel te spreken	1	2	3	4	5
Ik voel me gesteund door de artsen in het ziekenhuis	1	2	3	4	5
Ik voel me gesteund door de verpleegkundigen in het ziekenhuis	1	2	3	4	5

Ga verder op de volgende pagina voor de rest van de vragen

Patiënt Identificatie Nummer: [][][][][][]

Datum: _____

Deel B. Geef aan in hoeverre de stelling op u van toepassing is.

Heeft u één van onderstaande in de afgelopen 24 uur ervaren?

Welbevinden	Helemaal niet	Af en toe	Regelmatig	Vaak	De gehele tijd
Misselijkheid	5	4	3	2	1
Braken	5	4	3	2	1
Kokhalzen	5	4	3	2	1
Rusteloosheid	5	4	3	2	1
Beven of schokken	5	4	3	2	1
Rillerigheid	5	4	3	2	1
Het te koud hebben	5	4	3	2	1
Duizeligheid	5	4	3	2	1

Gevoelens	Helemaal niet	Af en toe	Regelmatig	Vaak	De gehele tijd
Nare dromen	5	4	3	2	1
Angstgevoelens	5	4	3	2	1
Boosheid	5	4	3	2	1
Somberheid	5	4	3	2	1
Eenzaam voelen	5	4	3	2	1
Moeite om in slaap te vallen	5	4	3	2	1

Steun	Helemaal niet	Af en toe	Regelmatig	Vaak	De gehele tijd
Ik voel me verward	5	4	3	2	1

Pijn	Helemaal niet	Af en toe	Regelmatig	Vaak	De gehele tijd
Matige pijn	5	4	3	2	1
Ernstige pijn	5	4	3	2	1
Hoofdpijn	5	4	3	2	1
Spierpijn	5	4	3	2	1
Rugpijn	5	4	3	2	1
Keelpijn	5	4	3	2	1
Pijnlijke mond	5	4	3	2	1

Controleer alstublieft of u alle vragen heeft beantwoord

Ingevoerd door onderzoeker: _____

Datum: _____

