

Wij zijn geïnteresseerd in bepaalde dingen over u en uw gezondheid.

Wilt u alle vragen zelf beantwoorden door het hokje aan te kruisen dat het meest op u van toepassing is? Er zijn geen "juiste" of "onjuiste" antwoorden.

		Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
C30-1.	Heeft u moeite met het doen van inspannende activiteiten, zoals het dragen van een zware boodschappentas of een koffer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-2.	Heeft u moeite met het maken van een <u>lange</u> wandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-3.	Heeft u moeite met het maken van een <u>korte</u> wandeling buitenshuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-4.	Moet u overdag in bed of op een stoel blijven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-5.	Heeft u hulp nodig met eten, aankleden, uzelf wassen of naar het toilet gaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gedurende de afgelopen week:

C30-6.	Was u beperkt bij het doen van uw werk of andere dagelijkse bezigheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-7.	Was u beperkt in het uitoefenen van uw hobby's of bij andere bezigheden die u in uw vrije tijd doet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-8.	Was u kortademig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-9.	Heeft u pijn gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-10.	Had u behoefte om te rusten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-11.	Heeft u moeite met slapen gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-12.	Heeft u zich slap gevoeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-13.	Heeft u gebrek aan eetlust gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-14.	Heeft u zich misselijk gevoeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-15.	Heeft u overgegeven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-16.	Had u last van obstipatie? (was u verstopt?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gedurende de afgelopen week:

	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Heel erg
C30-17. Had u diarree?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-18. Was u moe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-19. Heeft pijn u gehinderd in uw dagelijkse bezigheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-20. Heeft u moeite gehad met het concentreren op dingen, zoals een krant lezen of televisie kijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-21. Voelde u zich gespannen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-22. Maakte u zich zorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-23. Voelde u zich prikkelbaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-24. Voelde u zich neerslachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-25. Heeft u moeite gehad met het herinneren van dingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-26. Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling uw <u>familieleven</u> in de weg gestaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-27. Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling u belemmerd in uw <u>sociale</u> bezigheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30-28. Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling financiële moeilijkheden met zich meegebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wilt u voor de volgende vragen het getal tussen 1 en 7 aankruisen dat het meest op u van toepassing is:

C30-29. Hoe zou u uw algehele gezondheid gedurende de afgelopen week beoordelen?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

Erg slecht

Uitstekend

C30-30. Hoe zou u uw algehele "kwaliteit van het leven" gedurende de afgelopen week beoordelen?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

Erg slecht

Uitstekend