

Naam:
Datum:

Geb.datum:

Kwaliteit van leven vragenlijst (RAND36)

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"/> |
| zeer goed | <input type="checkbox"/> |
| goed | <input type="checkbox"/> |
| matig | <input type="checkbox"/> |
| slecht | <input type="checkbox"/> |

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"/> |
| Iets beter dan een jaar geleden | <input type="checkbox"/> |
| Ongeveer hetzelfde als een jaar geleden | <input type="checkbox"/> |
| Iets slechter dan een jaar geleden | <input type="checkbox"/> |
| Veel slechter dan een jaar geleden | <input type="checkbox"/> |

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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <i>Matige inspanning</i>
zoals het verplaatsen van
een
tafel, stofzuigen, fietsen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Naam:
Datum:

Geb.datum:

-
- | | | | | |
|----|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| c. | Tillen of boodschappen dragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | <i>Een paar</i> trappen oplopen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | <i>Eén trap</i> oplopen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | Buigen knielen of bukken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. | <i>Meer dan een kilometer</i> lopen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. | <i>Een half kilometer</i> lopen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. | <i>Honderd meter</i> lopen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. | Uzelf wassen of aankleden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Naam:
Datum:

Geb.datum:

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"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. U heeft <i>minder bereikt</i> dan u zou willen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
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, burens of anderen?
- | | |
|---------------|--------------------------|
| helemaal niet | <input type="checkbox"/> |
| enigszins | <input type="checkbox"/> |
| nogal | <input type="checkbox"/> |
| veel | <input type="checkbox"/> |
| heel erg veel | <input type="checkbox"/> |
7. Hoeveel pijn had u *de afgelopen 4 weken*?
- | | |
|--------------|--------------------------|
| geen | <input type="checkbox"/> |
| heel licht | <input type="checkbox"/> |
| licht | <input type="checkbox"/> |
| nogal | <input type="checkbox"/> |
| ernstig | <input type="checkbox"/> |
| heel ernstig | <input type="checkbox"/> |

Naam:
Datum:

Geb.datum:

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"/>
een klein beetje	<input type="checkbox"/>
nogal	<input type="checkbox"/>
veel	<input type="checkbox"/>
heel erg veel	<input type="checkbox"/>

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

Naam:
Datum:

Geb.datum:

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?

voordurend
meestal
soms
zelden
nooit

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