

X. SF-12 – in te vullen door de patient

SF-12 VRAGENLIJST

Instructies:

Deze vragenlijst gaat over uw standpunten t.a.v van uw gezondheid. Met behulp van deze gegevens kan worden bijgehouden hoe u zich voelt en hoe goed u in staat bent uw gebruikelijke bezigheden uit te voeren.

Beantwoord elke vraag door *één* hokje aan te kruisen.. Wanneer u twijfelt over de beantwoording van een vraag, kruis dan de best mogelijke optie aan.

- Beantwoord *alle* vragen;
- Plaats *alstublieft geen kruisjes buiten de hokjes.*

1. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

Uitstekend	Zeer goed	Goed	Matig	Slecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. De volgende vragen gaan over de bezigheden die u misschien doet op een doorsnee dag. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij deze bezigheden? Zo ja in welke mate

Kruis één hokje per vraag aan

BEZIGHEDEN

	Ja, ernstig beperkt	Ja, een beetje beperkt	Nee, helemaal niet beperkt
a. Matige inspanning, zoals een tafel verplaatsen, stofzuigen, zwemmen of fietsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Een paar trappen oplopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Heeft u de afgelopen 4 weken, een van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden gehad, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid?

Kruis één hokje per vraag aan

	Ja	Nee
a. U heeft minder bereikt dan u zou willen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. U was beperkt in het soort werk of andere bezigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Heeft u de afgelopen 4 weken, een van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden gehad, ten gevolge van **uw emotionele toestand** (zoals depressief voelen)?

Kruis één hokje per vraag aan

- | | Ja | Nee |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. U heeft minder bereikt dan u zou willen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. U deed uw werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig als gewoonlijk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. In welke mate bent u de afgelopen 4 weken door pijn gehinderd in uw normale werk? Zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk.

Kruis één hokje per vraag aan

- | Helemaal niet | Een klein beetje | Nogal | Veel | Heel erg veel |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Deze vragen gaan over hoe u zich voelt en hoe het met u ging in de afgelopen 4 weken. Wilt u a.u.b. bij elke vraag het antwoord geven dat het best benadert hoe u zich voelde. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken.

Kruis één hokje per vraag aan

- | | Altijd | Meestal | Vaak | Soms | Zelden | Nooit |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Voelde u zich rustig en tevreden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Had u veel energie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Voelde u zich somber en neerslachtig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen u gedurende de afgelopen 4 weken gehinderd bij uw activiteiten (zoals vrienden of familie bezoeken etc.)

Kruis één hokje per vraag aan

- | Altijd | Meestal | Soms | Zelden | Nooit |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |