



NIVEL
Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Otterstraat 118-124
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700

Vragenlijst

Hieronder volgt een aantal vragen over uw gezondheid. Wilt u het cijfer vóór het antwoord dat het beste bij u past aankruisen? Slaat u alstublieft geen enkele vraag over

Hieronder volgt een aantal vragen over uw gezondheid. Wilt u het hokje van het antwoord dat het beste bij u past aankruisen? Slaat u alstublieft geen enkele vraag over?

1. Hoe is in het algemeen uw gezondheid

- | | |
|------------|--------------------------|
| uitstekend | <input type="checkbox"/> |
| erg goed | <input type="checkbox"/> |
| goed | <input type="checkbox"/> |
| redelijk | <input type="checkbox"/> |
| slecht | <input type="checkbox"/> |

De volgende vragen gaan over eventuele beperkingen ten gevolge van uw gezondheid. Heeft uw gezondheidstoestand u de afgelopen periode *beperkt* in één van de volgende activiteiten en, zo ja, hoelang al?

- | | ja, al langer dan 3 maanden beperkt | ja, korter dan 3 maanden beperkt | nee, ik ben niet beperkt |
|--|--|---|---------------------------------|
| 2. Bent u beperkt in zeer inspannende activiteiten zoals optillen van zware voorwerpen, hardlopen of deelname aan inspannende sporten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bent u beperkt in wat minder inspannende activiteiten zoals een tafel verplaatsen, boodschappen dragen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bent u beperkt in een heuvel oplopen of enkele trappen lopen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bent u beperkt in buigen, tillen of bukken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bent u beperkt in een blokje om lopen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bent u beperkt in eten, aankleden, douchen of een bad nemen of naar het toilet gaan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | geen pijn | zeer lichte pijn | lichte pijn | matige pijn | Hevige pijn |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Heeft u de afgelopen 4 weken lichamelijke pijn gehad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | ja, dat kan ik al langer dan 3 maanden niet | ja, dat kan ik korter dan 3 maanden niet | nee, ik ben niet beperkt |
|--|--|---|---------------------------------|
| 9. Kunt u vanwege uw gezondheid uw werk of huishoudelijke karweitjes niet doen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Heeft u vanwege uw gezondheid bepaalde werkzaamheden niet kunnen doen? (Bedoeld wordt een bepaald onderdeel of een bepaalde hoeveelheid van het werk of de huishouding)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | altijd | heel vaak | redelijk vaak | soms | bijna nooit | nooit |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Hoe vaak heeft uw gezondheid u de afgelopen maand beperkt in uw sociale activiteiten (zoals op bezoek gaan bij uw vrienden of naaste familie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

De volgende vragen gaan over hoe u zich de afgelopen maand heeft gevoeld. Wilt u weer het cijfer vóór het antwoord dat het meest op u van toepassing is aankruisen. Slaat u alstublieft geen vragen over.

De volgende vragen gaan over hoe u zich de afgelopen maand heeft gevoeld. Wilt u het hokje van het antwoord dat het beste bij u past aankruisen? Slaat u alstublieft geen enkele vraag over.

| | altijd | heel vaak | redelijk vaak | soms | bijna nooit | nooit |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Hoe vaak bent u in de afgelopen maand erg nerveus geweest? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Hoe vaak heeft u zich de afgelopen maand kalm en rustig gevoeld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Hoe vaak heeft u zich de afgelopen maand neerslachtig en somber gevoeld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Hoe vaak heeft u zich in de afgelopen maand gelukkig gevoeld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Hoe vaak heeft u zich in de afgelopen maand zo somber gevoeld dat niets U kon opvrolijken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tot slot volgen nog een paar uitspraken over uw gezondheid

| | absoluut waar | grotendeels waar | ben er niet zeker van | grotendeels niet waar | beslist niet waar |
|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 17. Ik ben een beetje ziek. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Ik ben zo gezond als ieder ander die ik ken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Mijn gezondheid is uitstekend. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ik voel me de laatste tijd slecht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |