

Naam:  
Datum:

Geb.datum:



## Kwaliteit van leven vragenlijst (SPF36)

### 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,<br>ernstig<br>beperkt | Ja, een<br>beetje<br>beperkt | Nee,<br>hele-<br>maal niet<br>beperkt |
|--|---------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| a. <i>Forse inspanning</i><br>zoals hardlopen, zware<br>voorwerpen<br>tillen, inspannend sporten | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>              |
| b. <i>Matige inspanning</i><br>zoals het verplaatsen van<br>een<br>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 have 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   
een klein beetje   
nogal   
veel   
heel erg veel

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-<br>durend         | meesta<br>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"/>