

Naam:

Geb.datum:

Datum:



## Shoulder Disability Questionnaire

### Invulinstructie:

De volgende zinnen beschrijven verschillende situaties waarin pijn en bewegingsbeperking in uw behandelde schouder uw dagelijkse bezigheden kunnen beperken.

Daarbij wordt met 'last' bedoeld: pijn en/of bewegingsbeperking in de behandelde schouder.

Met 'aangedane zijde' wordt bedoeld: de zijde van de behandelde schouder.

Lees elke zin aandachtig, en denk dan aan u zelf in de afgelopen 24 uur.

Bepaal voor elke zin of u de beschreven beweging of activiteit in de afgelopen 24 uur uitvoerde. Er zijn 3 antwoordmogelijkheden:

Wel het vakje onder wel kruist u aan als u wel last van de behandelde schouder had tijdens de uitvoering van beschreven beweging of activiteit in de afgelopen 24 uur

Geen het vakje onder geen kruist u aan als u geen last van de behandelde schouder had tijdens de uitvoering van beschreven beweging of activiteit in de afgelopen 24 uur

N.v.t. het vakje onder n.v.t. kruist u aan als u de beschreven beweging of activiteit in de afgelopen 24 uur niet uitvoerde.

Als u zich vergist heeft: zet een cirkel om het foutieve antwoord, en kruis alsnog het juiste antwoord aan.

	wel	geen	n.v.t.
Ik word 's nachts wakker omdat ik last heb van de behandelde schouder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens het liggen op de behandelde schouder heb ik daar last van	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb last van de behandelde schouder tijdens het aan- of uittrekken van een trui of jas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb last van de behandelde schouder tijdens mijn gebruikelijke dagelijkse activiteiten in en om huis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens bewegingen met mijn behandelde schouder heb ik daar last van	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens steunen op mijn ellebogen of handen heb ik last van de behandelde schouder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens schrijven (of typen) heb ik last van de behandelde schouder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Naam:

Geb.datum:

Datum:

---



**VISSCHER**

	wel	geen	n.v.t.
Tijdens het vasthouden van het stuur van mijn auto of fiets heb ik last van de behandelde schouder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens tillen van een voorwerp (aan de aangedane zijde) heb ik last van de behandelde schouder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens het boven schouderhoogte reiken of grijpen met mijn hand (aan de aangedane zijde) heb ik last van de behandelde schouder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens het openen of sluiten van een deur met mijn hand (aan de aangedane zijde) heb ik last van de behandelde schouder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens het naar mijn billen brengen van mijn hand (aan de aangedane zijde) heb ik last van de behandelde schouder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens het naar mijn lage rug brengen van mijn hand (aan de aangedane zijde) heb ik last van de behandelde schouder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens het naar mijn nek brengen van mijn hand (aan de aangedane zijde) heb ik last van de behandelde schouder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik wrijf meer dan eens per dag over de behandelde schouder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben prikkelbaar tegen mensen uit mijn omgeving omdat ik last heb van de behandelde schouder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>