
NEDERLANDSE ARTHRITIS IMPACT MEASUREMENT SCALES - 2

(DUTCH-AIMS2)

Begint u alstublieft met onderstaande vragen:

NAAM: _____

GEBOORTEDATUM: _____ - _____ - 20 _____

ADRES: _____

POSTCODE EN WOONPLAATS: _____

DATUM: _____ - _____ - 20 _____

BELANGRIJK

Vult u de vragenlijst op uw gemak in.

Begint u vooraan en werk de vragen één voor één door tot u klaar bent. Sla vooral geen vraag over en blader a.u.b. niet terug, omdat anders het invullen teveel tijd in beslag neemt.

Denkt u rustig na en geef het antwoord dat u het beste vindt. Er zijn geen goede of foute antwoorden. We willen alleen **uw** mening weten.

Neemt u alstublieft voldoende tijd voor het invullen van de vragenlijst. Het is voor ons erg belangrijk dat u **ALLE** vragen **VOLLEDIG** beantwoord. Dat geldt met name voor vragen als vraag 70 (pagina 12): Als u last heeft van een hoge bloeddruk, vult u dan niet alleen "JA" in, maar ook het beginjaar en hoe ernstig het nu is.

N.B. Heeft u per ongeluk een verkeerd antwoord aangekruist, dan kunt u het beste een rondje zetten om het verkeerde antwoord, en daarna het juiste aankruisen.

Bij voorbaat onze dank voor het invullen.

Allereerst willen we graag een aantal vragen stellen over uw gezondheidssituatie **gedurende de afgelopen maand**.

Zet een kruisje in het hokje bij het antwoord dat voor u het meest van toepassing is.

Deze vragen gaan over uw **BEWEGINGSMOGELIJKHEDEN**.

Gedurende de afgelopen maand ...	Elke dag	De meeste dagen	Sommige dagen	Zelden	Nooit
1. Hoe vaak was u in staat om gebruik te maken van een auto of het openbaar vervoer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hoe vaak was u buitenshuis voor tenminste een deel van de dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hoe vaak was u in staat om boodschappen te doen bij u in de buurt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hoe vaak had u hulp nodig als u ergens naar toe wilde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hoe vaak moest u vrijwel de gehele dag in bed of in een stoel doorbrengen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deze vragen gaan over **LOPEN EN BUIGEN**.

Gedurende de afgelopen maand ...	Elke dag	De meeste dagen	Sommige dagen	Zelden	Nooit
6. Had u problemen bij inspannende activiteiten, zoals hardlopen, zwaar tillen of inspannende sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Had u moeite om verscheidene blokjes om te lopen en/of enkele trappen op te gaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Had u moeite met bukken en/of opstaan uit een stoel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Had u moeite om <u>één</u> blokje om te gaan en/of <u>één</u> trap op te lopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Was u in staat te lopen zonder hulp van iemand anders of zonder wandelstok, krukken of andere hulpmiddelen te gebruiken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zet een kruisje bij het antwoord dat voor u het meest van toepassing is.

Deze vragen gaan over uw **HAND- EN VINGERFUNCTIES**.

Gedurende de afgelopen maand ...	Elke dag	De meeste dagen	Sommige dagen	Zelden	Nooit
11. Kon u gemakkelijk schrijven met een pen of potlood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kon u gemakkelijk een overhemd of blouse dichtknopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kon u gemakkelijk een sleutel in een slot omdraaien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kon u gemakkelijk een knoop leggen of een strik maken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kon u gemakkelijk een potje met schroefdeksel openmaken dat niet eerder open is geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deze vragen gaan over uw **ARMFUNCTIES**.

Gedurende de afgelopen maand ...	Elke dag	De meeste dagen	Sommige dagen	Zelden	Nooit
16. Kon u gemakkelijk uw mond afvegen met een servet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Kon u gemakkelijk een trui aantrekken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Kon u gemakkelijk uw haar kammen of borstelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Kon u gemakkelijk met uw hand de onderkant van uw rug krabben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Kon u gemakkelijk bij een kastplank boven uw hoofd komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zet een kruisje bij het antwoord dat voor u het meest van toepassing is.

Deze vragen gaan over uw **PERSOONLIJKE VERZORGING**.

Gedurende de afgelopen maand ...	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
21. Had u hulp nodig bij het douchen of in bad gaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Had u hulp nodig bij het aankleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Had u hulp nodig bij het naar het toilet gaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Had u hulp nodig bij het in bed gaan of uit bed komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deze vragen gaan over **HUISHOUDELIJKE TAKEN**.

Gedurende de afgelopen maand ...	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
25. Als voor het noodzakelijke vervoer werd gezorgd: Kon u dan zonder hulp winkelen in een supermarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Indien u een keuken had: Kon u dan zonder hulp uw eigen maaltijden koken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Als u over de benodigde huishoudelijke artikelen beschikte (zoals stofzuiger, zwabber, etc): Kon u dan zonder hulp uw eigen huishouden doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ervan uitgaande dat u over een wasmachine en/of droogmachine, etc. beschikte: Kon u dan zonder hulp uw eigen was doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zet een kruisje bij het antwoord dat voor u het meest van toepassing is.

Deze vragen gaan over **SOCIALE ACTIVITEITEN**.

Gedurende de afgelopen maand ...	Elke dag	De meeste dagen	Sommige dagen	Zelden	Nooit
29. Hoe vaak bent u gezellig bijeen geweest met vrienden of bekenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Hoe vaak hebben vrienden of kennissen u thuis bezocht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Hoe vaak heeft u vrienden of kennissen opgezocht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Hoe vaak heeft u goede vrienden, bekenden of familieleden aan de telefoon gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Hoe vaak bent u naar een bijeenkomst van een kerk, vereniging of andere groep of club geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deze vragen gaan over **STEUN VAN FAMILIE EN VRIENDEN**.

Gedurende de afgelopen maand ...	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
34. Hoe vaak had u het gevoel dat uw familie en/of vrienden in de buurt waren als u hulp nodig had?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Hoe vaak had u het gevoel dat uw familie en/of vrienden open stonden voor uw persoonlijke behoeften?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Hoe vaak had u het gevoel dat uw familie en/of vrienden u wilden helpen bij het oplossen van problemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Hoe vaak had u het gevoel dat uw familie en/of vrienden begrepen wat de gevolgen zijn van uw reumatische aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zet een kruisje bij het antwoord dat voor u het meest van toepassing is.

Deze vragen gaan over **REUMA-PIJN**.

Gedurende de afgelopen maand ...	Hevig	Matig	Gering	Erg gering	Geen pijn
38. Hoe was de pijn die u gewoonlijk had van uw reumatische aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Elke dag	De meeste dagen	Sommige dagen	Zelden	Nooit
39. Hoe vaak heeft u hevige pijn gehad van uw reumatische aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Hoe vaak heeft u pijn gehad in twee of méér gewrichten tegelijkertijd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Hoe vaak was u 's ochtends langer dan een uur stijf na het ontwaken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Hoe vaak kon u moeilijk slapen als gevolg van uw pijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deze vragen gaan over **WERK**.

Gedurende de afgelopen maand ...	Betaald werk	Huishouden	School of studie	Werkloos	Arbeidsongeschikt	Gepensioneerd
43. Hoe hebt u voornamelijk uw tijd doorgebracht? Wilt u <u>één antwoord</u> geven, dat voor u het meest van toepassing is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Als uw antwoord op de vorige vraag 'werkloos', 'arbeidsongeschikt' of 'gepensioneerd' was, kunt u de volgende vier vragen overslaan en verder gaan met vraag 48.

Gedurende de afgelopen maand ...	Elke dag	De meeste dagen	Sommige dagen	Zelden	Nooit
44. Hoe vaak was u niet in staat om enig werk te doen (betaald werk, huishouden of studie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Op de dagen dat u wel werkte, hoe vaak kon u dan maar een gedeelte van de dag werken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Op de dagen dat u wel werkte, hoe vaak was u niet in staat om zo zorgvuldig en nauwgezet te werken als u eigenlijk zou willen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Op de dagen dat u wel werkte, hoe vaak moest u op een andere manier werken dan u gewoonlijk doet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zet een kruisje bij het antwoord dat voor u het meest van toepassing is.

Deze vragen gaan over **STRESS**.

Gedurende de afgelopen maand ...	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
48. Hoe vaak heeft u zich gespannen gevoeld of opgewonden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Hoe vaak heeft u last gehad van nervositeit of "zenuwen"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Hoe vaak heeft u zich moeiteloos kunnen ontspannen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Hoe vaak voelde u zich ontspannen en vrij van spanningen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Hoe vaak heeft u zich rustig en vredig gevoeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deze vragen gaan over **STEMMING**.

Gedurende de afgelopen maand ...	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
53. Hoe vaak heeft u genoten van de dingen die u deed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Hoe vaak heeft u zich futloos of uitgeblust gevoeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Hoe vaak heeft u het gevoel gehad dat niets ging zoals u het wilde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Hoe vaak heeft u het gevoel gehad dat de anderen beter af zouden zijn als u dood was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Hoe vaak heeft u zich zo in de put gevoeld dat niets u kon opvrolijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zet een kruisje bij het antwoord dat voor u het meest van toepassing is.

Gedurende de afgelopen maand ...

58. Hoe tevreden was u met elk van de onderstaande aspecten van uw gezondheid?

	Zeer tevreden	Enigszins tevreden	Niet tevreden/ niet ontevreden	Enigszins ontevreden	Zeer ontevreden
BEWEGINGSMOGELIJKHEDEN (bijvoorbeeld: boodschappen doen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOPEN EN BUIGEN (bijvoorbeeld: een blokje om lopen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HAND- EN VINGERFUNCTIES (bijvoorbeeld: een knoop leggen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARMFUNCTIE (bijvoorbeeld: haar kammen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERSOONLIJKE VERZORGING (bijvoorbeeld: een bad nemen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HUISHOUDELIJKE TAKEN (bijvoorbeeld: stofzuigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOCIALE ACTIVITEITEN (bijvoorbeeld: vrienden bezoeken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STEUN VAN FAMILIE EN VRIENDEN (bijvoorbeeld: hulp bij problemen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REUMA-PIJN (bijvoorbeeld: pijn in de gewrichten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WERK (bijvoorbeeld: niet de hele dag kunnen werken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STRESS (bijvoorbeeld: een gespannen gevoel hebben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STEMMING (bijvoorbeeld: in de put zitten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zet een kruisje bij het antwoord dat voor u het meest van toepassing is.

Gedurende de afgelopen maand ...

59. In hoeverre werden uw problemen op elk van de onderstaande aspecten van uw gezondheid veroorzaakt door uw reumatische aandoening?

	Geen probleem voor mij	Volledig het gevolg van iets anders	Grotendeels het gevolg van iets anders	Gedeeltelijk het gevolg van mijn reumatische aandoening en gedeeltelijk van iets anders	Grotendeels het gevolg van mijn reumatische aandoening	Volledig het gevolg van mijn reumatische aandoening
BEWEGINGSMOGELIJKHEDEN (bijvoorbeeld: boodschappen doen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOPEN EN BUIGEN (bijvoorbeeld: een blokje om lopen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HAND- EN VINGERFUNCTIES (bijvoorbeeld: een knoop leggen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARMFUNCTIE (bijvoorbeeld: haar kammen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERSOONLIJKE VERZORGING (bijvoorbeeld: een bad nemen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HUISHOUDELIJKE TAKEN (bijvoorbeeld: stofzuigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOCIALE ACTIVITEITEN (bijvoorbeeld: vrienden bezoeken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STEUN VAN FAMILIE EN VRIENDEN (bijvoorbeeld: hulp bij problemen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REUMA-PIJN (bijvoorbeeld: pijn in de gewrichten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WERK (bijvoorbeeld: niet de hele dag kunnen werken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STRESS (bijvoorbeeld: een gespannen gevoel hebben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STEMMING (bijvoorbeeld: in de put zitten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

U heeft tot nu toe vragen beantwoord over verschillende aspecten van uw gezondheid. Deze aspecten zijn hieronder nog een keer opgesomd. Wilt u een kruisje zetten achter de drie aspecten van uw gezondheid die u het liefst verbeterd ziet. Leest u alstublieft eerst de twaalf aspecten nog eens door en kiest u niet meer maar ook niet minder dan drie aspecten.

60. Aspecten van uw gezondheid

De drie aspecten van mijn
gezondheid waarin ik het
liefst verbetering zie

BEWEGINGSMOGELIJKHEDEN (bijvoorbeeld: boodschappen doen)

LOPEN EN BUIGEN (bijvoorbeeld: een blokje om lopen)

HAND- EN VINGERFUNCTIES (bijvoorbeeld: een knoop leggen)

ARMFUNCTIE (bijvoorbeeld: haar kammen)

PERSOONLIJKE VERZORGING (bijvoorbeeld: een bad nemen)

HUISHOUDELIJKE TAKEN (bijvoorbeeld: stofzuigen)

SOCIALE ACTIVITEITEN (bijvoorbeeld: vrienden bezoeken)

STEUN VAN FAMILIE EN VRIENDEN (bijvoorbeeld: hulp bij problemen)

REUMA-PIJN (bijvoorbeeld: pijn in de gewrichten)

WERK (bijvoorbeeld: niet de hele dag kunnen werken)

STRESS (bijvoorbeeld: een gespannen gevoel hebben)

STEMMING (bijvoorbeeld: in de put zitten)

**Wilt u nog eens controleren of u inderdaad drie aspecten heeft aangekruist bij deze vraag
(niet meer en niet minder dan 3)**

Zet een kruisje bij het antwoord dat voor u het meest van toepassing is.

De volgende vragen hebben betrekking op uw gezondheid **op dit moment én in de toekomst**.

- | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Uitstekend | Goed | Redelijk | Slecht | |
| 61. Hoe is het in het algemeen met uw gezondheid gesteld op dit moment ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | Uitstekend | Goed | Redelijk | Slecht | |
| 62. Hoe tevreden bent u op dit moment met uw gezondheid? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | Uitstekend | Goed | Redelijk | Slecht | |
| 63. In hoeverre zijn uw gezondheidsproblemen op dit moment een gevolg van uw reumatische aandoening? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Uitstekend | Goed | Redelijk | Slecht | |
| 64. Hoe zal het in het algemeen gesproken met uw gezondheid gesteld zijn over 10 jaar ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | Uitstekend | Goed | Redelijk | Slecht | |
| 65. In hoeverre denkt u dat uw reumatische aandoening over 10 jaar een probleem zal zijn voor u? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

De volgende vraag heeft betrekking op de invloed van uw reumatische aandoening op uw leven.

- | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Uitstekend | Goed | Redelijk | Slecht | Erg slecht |
| 66. Als u alle manieren waarop uw reumatische aandoening uw leven beïnvloedt bekijkt, hoe gaat het dan met u in vergelijking tot andere mensen van uw leeftijd? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zet een kruisje bij het antwoord dat voor u het meest van toepassing is.

67. Welke vorm van reuma heeft u (Als u meerdere vormen van reuma heeft graag alleen de voor u belangrijkste aankruisen)?

- Reumatoïde artritis
- Artrose
- S.L.E.
- Fibromyalgie
- Sclerodermie (systemische sclerose)
- Artritis psoriatica
- Syndroom van Reiter
- Jicht
- Lage rugpijn
- Tendinitis/Bursitis
- Osteoporose
- Anders, nl: _____

68. Sinds wanneer heeft u last van uw reumatische aandoening?

Sinds 19 _____

69. Hoe vaak moest u de afgelopen maand medicijnen innemen voor uw reumatische aandoening?

- 3 maal per dag of meer
- 1 of 2 maal per dag
- 3 maal per week of meer
- 1 of 2 maal per week
- minder dan 1 maal per week
- nooit

Zet een kruisje bij het antwoord dat voor u het meest van toepassing is.

70. Wilt u hieronder aangeven of u één of meer van de volgende medische problemen heeft? En zo ja, in welk jaar u daar het eerst last van had en in welke mate u er nu last van heeft.

BEANTWOORDT U DE VRAGEN ALSTUBLIEFT ZO VOLLEDIG MOGELIJK!

	JA	NEE	Beginjaar	heel ernstig	ernstig	beetje ernstig	niet ernstig
hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hartkwaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suikerziekte (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alcohol- of drugsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
longziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nierziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leverkwaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maag- of darmziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bloedziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders, nl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Als u bij één van de in de vorige vraag genoemde medische problemen "JA" ingevuld heeft, wilt u hieronder dan aangeven of u daarvoor meer dan drie keer in het afgelopen jaar naar de dokter bent geweest, of u daar medicijnen voor gebruikt en zo ja welke medicijnen en in welke dosering (hoeveel)?

	3 x dokter		Medicijnen		Welk medicijn	Hoeveel
	JA	NEE	JA	NEE		
hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
hartkwaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
suikerziekte (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
kanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
alcohol- of drugsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
longziekte (bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
nierziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
leverkwaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
maag- of darmziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
bloedziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
anders, nl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Zet een kruisje bij het antwoord dat voor u het meest van toepassing is.

72. Wat is uw geslacht?
- vrouw
 - man
73. Wat is uw burgerlijke staat?
- ongehuwd/niet samenwonend
 - ongehuwd/samenwonend
 - gehuwd
 - weduwe/weduwnaar
 - gescheiden
74. Wat is uw woonsituatie?
- alleenwonend
 - samenwonend met partner
 - samenwonend met partner en/of kinderen
 - samenwonend met andere familieleden of vrienden
 - in een bejaardentehuis
 - anders nl: _____
75. Wat is uw hoogst genoten schoolopleiding?
- Lager onderwijs, basisonderwijs
- VGLO (voortgezet lager onderwijs)
 - LBO (lager beroepsonderwijs, bijv. huishoudschool, LEAO, LTS)
 - ULO, MULO, 3-jarige HBS, MAVO
 - MBO (middelbaar beroepsonderwijs, bijv. MEAO, MTS)
 - 5-jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium
 - HBO (hoger beroepsonderwijs)
 - Universiteit, Hogeschool
 - Anders, nl.: _____
76. Kunt u kort het beroep omschrijven wat u thans uitoefent of het laatst heeft uitgeoefend?
- _____
- _____

De volgende vraag heeft betrekking op uw financiële situatie.

77. Hoeveel bedraagt uw totale netto-gezinsinkomen per jaar, dus de eventuele bijverdiensten hierbij inbegrepen (dit is het inkomen dat overblijft, nadat u de belastingen, sociale lasten, en dergelijke betaald heeft)? Als u het niet precies weet, wilt u het dan zo goed mogelijk schatten?
- minder dan f 20.000,-
 - tussen f 20.000,- en f 25.000,-
 - tussen f 25.001,- en f 30.000,-
 - tussen f 30.001,- en f 35.000,-
 - tussen f 35.001,- en f 40.000,-
 - tussen f 40.001,- en f 45.000,-
 - tussen f 45.001,- f 50.000,-
 - tussen f 50.001,- en f 55.000,-
 - meer dan f 55.000,-

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!