

Patiënten gezondheidsvragenlijst (Dutch version of the PHQ)

Deze vragenlijst draagt er in belangrijke mate aan bij u de best mogelijke gezondheidszorg te kunnen leveren. Uw antwoorden helpen ons eventuele problemen te begrijpen. Beantwoordt u elke vraag alstublieft zo goed mogelijk, tenzij u wordt verzocht een vraag over te slaan.

Naam_____ Leeftijd_____ Geslacht: Vrouw Man Datum_____

| 1. Hoeveel last hebt u in de afgelopen 4 weken gehad van één of meer van de volgende problemen? | Geen last | Een beetje last | Veel last |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Buikpijn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Rugpijn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Pijn in uw armen, benen of gewrichten (knieën, heupen, enz.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Menstruatiepijn of andere problemen tijdens de menstruatie (uitsluitend voor vrouwen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Pijn of problemen bij seksuele gemeenschap | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Hoofdpijn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Pijn in de borstkas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Duizeligheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Flauwvallen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Uw hart voelen bonzen of snel kloppen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Kortademigheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Verstopping (obstipatie), dunne ontlasting of diarree | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Misselijkheid, opgeblazen gevoel of problemen met de spijsvertering (indigestie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Heeft u **één of meer problemen** op deze vragenlijst aangekruist? Zo ja, hoe **moeilijk** maakten deze problemen het dan voor u om uw werk of uw taken in en om het huis te doen, of om met andere mensen om te gaan?

Helemaal niet moeilijk |
 Enigszins moeilijk |
 Erg moeilijk |
 Extreem moeilijk

The Brief Pain Inventory

3. Scoort u a.u.b. uw pijn door het ene nummer te omcirkelen dat het best uw **gemiddelde pijn** in de **afgelopen week** omschrijft.

0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10
 Geen pijn Pijn zo erg als u zich kunt voorstellen

