



De volgende vragen gaan over de gezondheidsklacht uit de vorige vragen (1-28), waar u het meest last van had. Mocht u nu geen klachten (meer) hebben, dan kunt u de vragen a – k overslaan.

**a. Wat is uw belangrijkste klacht?**

(Vul hier het bijbehorende cijfer van de klachten 1-28 in)

Ik heb geen klachten ► **EINDE LIJST**

**b. Hoeveel invloed heeft deze klacht op uw leven? Kruis het hokje aan onder het getal van 0-10 dat uw mening het beste weergeeft.**

Helemaal niet	↔										Zeer veel
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**c. Hoe lang denkt u dat deze klacht zal duren?**

Heel erg kort	↔										Mijn hele leven
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**d. Kunt u zelf iets aan deze klacht doen?**

Nee, helemaal niets	↔										Ja, heel veel
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**e. Krijgt of volgt u op dit moment een behandeling voor uw klacht?**

- Ja ► ga door naar vraag 12f
- Nee ► ga door naar vraag 12g

**f. Helpt deze behandeling bij deze klacht?**

Helemaal niet	↔										Heel veel
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**g. Zou u een behandeling willen voor deze klacht?**

Helemaal niet	↔										Heel graag
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**h. In hoeverre bent u bezorgd over deze klacht?**

Helemaal niet	↔										Heel erg
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**i. In hoeverre begrijpt u waarom u deze klacht heeft?**

Begrijp 't helemaal niet	↔										Begrijp 't helemaal
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**j. In hoeverre heeft uw klacht invloed op uw gemoedstoestand? (bijvoorbeeld: boos, angstig, somber of van slag)**

Helemaal geen invloed	↔										Heel veel invloed
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**k. Wat zijn volgens u de oorzaken van deze belangrijkste gezondheidsklacht?**