

# TOPICS-MDS



Project - ziekenhuis ID:

Volgnummer:

Naam zorgverlener:

Soort polikliniek:

geheugenpolikliniek

anders

VRAGENLIJST

Zorgvrager

## UW ERVARINGEN ZIJN WAARDEVOL

In deze lijst staan vragen over uw lichamelijke en geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven. Uw antwoorden worden gebruikt om de zorg voor ouderen in kaart te brengen. Want hoe meer er bekend is over zorg voor ouderen, hoe beter er rekening mee gehouden kan worden. Uw ervaringen zijn dus waardevol, ook voor andere ouderen.

## AANWIJZINGEN BIJ DEZE VRAGENLIJST

- Het invullen van de vragenlijst kost u ongeveer 10 minuten.
- Als u het moeilijk vindt om de vragen te begrijpen of in te vullen, vraag dan hulp aan uw partner, een familielid of vriend.
- Lees elke vraag eerst helemaal door voordat u een antwoord kiest.
- Bent u klaar, kijk dan of u geen vragen vergeten bent.

**A Algemene gegevens**

---

1 Geboortedatum:                      Dag              Maand              Jaar

--	--	--

2 Geslacht:                       Man                       Vrouw

3 Datum van vandaag:                      Dag              Maand              Jaar

--	--	--

**Kruis het antwoord aan dat het beste bij u past.**

---

**A Algemene gezondheid**

Op een schaal van 0 tot 10: hoe is in het algemeen uw gezondheid? Waar 0 'volledig ziek' betekent en 10 'volledig gezond'.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<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"/>

---

**B Pijn/ongemak**    **Geen**              **Een beetje**              **Matig**              **Ernstig**              **Extreem**

Heeft u op dit moment pijn of ongemak?                                                                     

---

**C Hersenfuncties**    **Nee**    **Ja**

Heeft u klachten over uw geheugen?       

---

**D Taken en bezigheden in het dagelijkse leven**

<b>Kunt u zich, geheel zelfstandig..</b>				
	<b>Ja, dat kan ik zelfstandig</b>			<b>Nee, dat kan ik niet zelfstandig</b>
	<b>zonder enige moeite</b>	<b>met enige moeite</b>	<b>met veel moeite</b>	<b>alleen met hulp van anderen</b>
... aan- en uitkleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vanuit een stoel overeind komen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uw hele lichaam wassen en afdrogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de trap oplopen en aflopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... buitenshuis rondlopen (eventueel met een stok of een rollator)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uw voeten en teennagels verzorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... lichte huishoudelijke werkzaamheden verrichten (bijvoorbeeld afstoffen, opruimen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de boodschappen doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uw medicijnen innemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... van uw eigen of openbaar vervoer gebruik maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>E</b>	<b>Hoe u zich voelt</b>	<b>Voortdurend</b>	<b>Meestal</b>	<b>Vaak</b>	<b>Soms</b>	<b>Zelden</b>	<b>Nooit</b>
	<b>Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken...</b>						
1	... voelde u zich kalm en rustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	... voelde u zich neerslachtig en somber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	... voelde u zich gelukkig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>F</b>	<b>Sociale activiteiten</b>	<b>Voortdurend</b>	<b>Meestal</b>	<b>Soms</b>	<b>Zelden</b>	<b>Nooit</b>
	Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende <b>de afgelopen 4 weken</b> uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende vraag gaat over uw 'kwaliteit van leven'. Daarmee wordt bedoeld wat u van uw leven vindt. Bijvoorbeeld of u tevreden bent met uw leven, of u plezier in uw leven heeft en of uw leven u voldoening geeft.

Op een schaal van 0 tot 10: hoe tevreden bent u met uw leven? Waar 0 'volledig ontevreden' betekent en 10 'volledig tevreden'.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<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 Persoonlijke gegevens

---

1 In welk land bent u geboren?

Nederland

Ander land:

2 In welk land is uw vader geboren?

Nederland

Ander land:

3 In welk land is uw moeder geboren?

Nederland

Ander land:

4 Wat is uw burgerlijke staat?

Gehuwd

Gescheiden

Weduwe / weduwnaar / partner overleden

Ongehuwd, geen partner

Duurzaam samenlevend, ongehuwd

5 Wat is uw woonsituatie?

Zelfstandig, alleen

Zelfstandig, met anderen (partner, kinderen enzovoorts)

Zorginstelling (verpleeghuis/ woonzorgcentrum)

Anders, nl: \_\_\_\_\_

6 Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt?

Minder dan 6 klassen lagere school

6 klassen lagere school

Meer dan lagere school / basisschool zonder verder afgesloten opleiding

Ambachtsschool

Mulo / mms / mavo / middelbaar beroepsonderwijs

Hbs / gymnasium / atheneum

Universiteit / hoger onderwijs

**H Ziekte**

1 Welke aandoening heeft u op dit moment of heeft u in de afgelopen 12 maanden gehad?

Kruis "Ja" als u de ziekte / aandoening heeft.

Kruis "Nee" als u de ziekte / aandoening *niet* (gehad) heeft.

	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>		<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
a. Suikerziekte (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Botontkalking (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Gebroken heup of andere botbreuken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hartfalen, hartinfarct of andere hartaandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Een vorm van kanker (kwaadaardige aandoening), namelijk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Ziekte van het zenuwstelsel (Parkinson, MS, epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			m. Depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Astma, chronische bronchitis, longemfyseem, of CARA/COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Angst- en/of paniekstoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Dementie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p. Gehoorproblemen (ondanks gehoorapparaat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Chronische gewrichtsontsteking (artritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q. Problemen met zien (ondanks bril/lenzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Bent u de afgelopen 12 maanden gevallen?

Nee

Ja

## Afsluiting

---

1 Heeft iemand u geholpen bij het invullen van deze vragenlijst?

Nee, ik heb de lijst alleen ingevuld

Ja, iemand heeft mij geholpen met het invullen van de lijst, namelijk \_\_\_\_\_

*(voorbeelden zijn: uw partner, broer, zus, kind, kleinkind, vriend/vriendin, kennis, verpleegkundige)*

2 Zo ja, waaruit bestond de hulp?

Iemand anders heeft de antwoorden genoteerd; ik heb de antwoorden zelf gekozen

Ik heb de antwoorden samen met iemand gekozen en genoteerd

Iemand heeft de antwoorden voor mij gekozen en genoteerd

**Dit is het einde van de vragenlijst. Wij danken u hartelijk voor het invullen.**