

TOPICS-MDS



Project - ziekenhuis ID:

Volgnummer:

Naam zorgverlener:

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'.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Kunt u zich, geheel zelfstandig..				
	Ja, dat kan ik zelfstandig			Nee, dat kan ik niet zelfstandig
	zonder enige moeite	met enige moeite	met veel moeite	alleen met hulp van anderen
... 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"/>

E	Hoe u zich voelt	Voortdurend	Meestal	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
	Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken...						
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"/>

F	Sociale activiteiten	Voortdurend	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
	Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen <i>gedurende de afgelopen 4 weken</i> 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'.

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 Persoonlijke gegevens

1 Wat is uw burgerlijke staat?

- Gehuwd
- Gescheiden
- Weduwe / weduwnaar / partner overleden
- Ongehuwd, geen partner
- Duurzaam samenlevend, ongehuwd

2 Wat is uw woonsituatie?

- Zelfstandig, alleen
- Zelfstandig, met anderen (partner, kinderen enzovoorts)
- Zorginstelling (verpleeghuis/ woonzorgcentrum)
- Anders, nl: _____

H Ziektebelasting

1 Welke aandoening heeft u op dit moment of heeft u in de afgelopen **3 maanden** gehad?

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

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

	Ja	Nee		Ja	Nee
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"/>
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 250px;"></div>			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 **3 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.