



## Vragenlijst PSK (patiënt specifieke klachten)

Datum:

Naam:

Geslacht:

Leeftijd:

Hieronder staan een aantal activiteiten en bewegingen die u mogelijk veel moeite kosten om uit te voeren vanwege uw problemen samenhangend met uw ziekte. Probeer de problemen te herkennen waar u de afgelopen week last van had. Kleur of kruis het bolletje aan voor deze activiteit. We vragen u die problemen aan te kruisen die u **HEEL BELANGRIJK VINDT** en die u het liefste zou **ZIEN VERANDEREN** in de **KOMENDE MAANDEN**.

### Activiteitenlijst: De drie belangrijkste activiteiten zijn:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> in bed liggen                | <input type="checkbox"/> het dragen van een voorwerp          |
| <input type="checkbox"/> omdraaien in bed             | <input type="checkbox"/> iets oprapen van de grond            |
| <input type="checkbox"/> opstaan uit bed              | <input type="checkbox"/> tillen                               |
| <input type="checkbox"/> gaan zitten op een stoel     | <input type="checkbox"/> op bezoek gaan bij familie, vrienden |
| <input type="checkbox"/> lang achtereen zitten        | <input type="checkbox"/> uitgaan                              |
| <input type="checkbox"/> in/uit de auto stappen       | <input type="checkbox"/> wandelen                             |
| <input type="checkbox"/> rijden in een auto of bus    | <input type="checkbox"/> seksuele activiteiten                |
| <input type="checkbox"/> fietsen                      | <input type="checkbox"/> opstaan uit een stoel                |
| <input type="checkbox"/> staan                        | <input type="checkbox"/> uitvoeren van werk                   |
| <input type="checkbox"/> lang achtereen staan         | <input type="checkbox"/> uitvoeren van hobby's                |
| <input type="checkbox"/> licht werk in en om het huis | <input type="checkbox"/> uitvoeren van huishoudelijk werk     |
| <input type="checkbox"/> sporten                      | <input type="checkbox"/> zwaar werk in en om het huis         |
| <input type="checkbox"/> in huis lopen                | <input type="checkbox"/> op reis gaan                         |
| <input type="checkbox"/> hardlopen                    | <input type="checkbox"/> andere activiteiten.....             |

In welke mate bent u gehinderd in het uitvoeren van de voor u 3 belangrijkste activiteiten, geef dit hieronder aan op een schaal van 1 tot 10.

Activiteit 1: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Activiteit 2: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Activiteit 3: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totaalscore: