

Patiënt beschrijving (in te vullen door arts/secretariaat)

LROI ziekenhuisnummer

LROI patiëntnummer

Patiëntkenmerken

Wat is uw patiëntnummer?

Wat is uw geslacht? *

- Man
- Vrouw

Wat is uw geboortedatum?

<i>dd</i>	<i>mm</i>	<i>yyyy</i>
-----------	-----------	-------------

Algemene vragen

Datum van vandaag

<i>dd</i>	<i>mm</i>	<i>yyyy</i>
-----------	-----------	-------------

Welke knie wordt/is geopereerd?*

- Rechter knie
- Linker knie

Heeft de operatie al plaatsgevonden?*

- Nee
- Ja, er is bij mij 6 maanden geleden een prothese geplaatst
- Ja, er is bij mij 12 maanden geleden een prothese geplaatst

* Graag aankruisen wat van toepassing is.

NRS Pijn score

Hoeveel pijn van uw knie (operatie zijde) heeft u **DE AFGELOPEN WEEK** ervaren....

...in rust?

Geen pijn	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Zeer hevige pijn
	<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"/>	

...tijdens het belasten?

Geen pijn	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Zeer hevige pijn
	<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"/>	

KOOS - PS

Deze vragenlijst vraagt naar uw mening over uw knie. Deze informatie helpt ons na te gaan hoe goed u in staat bent om uw normale dagelijkse activiteiten en recreatieve/sportactiviteiten uit te voeren.

Beantwoord elke vraag door één hokje aan te kruisen. Wanneer u twijfelt over de beantwoording van een vraag, kruis dan de best mogelijke optie aan.

Wilt u voor elk van de onderstaande activiteiten aangeven hoeveel moeite u de afgelopen week heeft ervaren tijdens deze activiteiten vanwege uw knie.

	Geen	Gering	Matig	Veel	Erg veel
Opstaan vanuit bed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sokken/kousen aantrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opstaan vanuit een stoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bukken naar de grond/iets oppakken van de grond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Draaien op een belaste knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Op uw hurken zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EQ-5D (kwaliteit van leven)

© EuroQol Group. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

Zet bij iedere groep in de lijst hieronder een kruisje in het hokje achter de zin die het best past bij uw eigen gezondheidstoestand **VANDAAG**.

Mobiliteit

- Ik heb geen problemen met lopen
- Ik heb enige problemen met lopen
- Ik ben bedlegerig

Zelfzorg

- Ik heb geen problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- Ik heb enige problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden

Dagelijkse activiteiten *(bijv. Werk, studie, huishouden, gezins- en vrijetijdsactiviteiten)*

- Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

Pijn/klachten

- Ik heb geen pijn of andere klachten
- Ik heb matige pijn of andere klachten
- Ik heb zeer ernstige pijn of andere klachten

Stemming

- Ik ben niet angstig of somber
- Ik ben matig angstig of somber
- Ik ben erg angstig of somber

De beste gezondheid
die u zich kunt
voorstellen

100



90



80



70



60



50



40



30



20



10



0

De slechtste
gezondheid die u zich
kunt voorstellen

Uw gezondheidstoestand vandaag

- We willen weten hoe goed of slecht uw gezondheid VANDAAG is.
- De meetschaal loopt van 0 tot 100.
- 100 staat voor de beste gezondheid die u zich kunt voorstellen.
0 staat voor de slechtste gezondheid die u zich kunt voorstellen.
- Klik op de meetschaal om aan te geven hoe uw gezondheid VANDAAG is.

UW GEZONDHEID
VANDAAG

NRS Tevredenheidsscore (alleen in te vullen na operatie)

Hoe tevreden bent u (in het algemeen) over het resultaat van uw knie operatie.....

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ze er ontevreden	<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"/>	Ze er tevreden

Ankervraag knie score (alleen in te vullen na operatie)

Hoe is uw **algemeen dagelijks functioneren** veranderd sinds de operatie aan uw knie?

- Erg veel verslechterd
- Veel verslechterd
- Beetje verslechterd
- Niet veranderd
- Beetje verbeterd
- Veel verbeterd
- Erg veel verbeterd

Hoe zijn uw pijnklachten veranderd sinds de operatie aan uw knie?

- Erg veel verslechterd
- Veel verslechterd
- Beetje verslechterd
- Niet veranderd
- Beetje verbeterd
- Veel verbeterd
- Erg veel verbeterd

Bedankt voor het invullen van de vragenlijst.