

Uw Gezondheid

— *en* —

Welzijn

Gewicht-Gerelateerde Symptoom Vragenlijst (WRSM)

In deze vragenlijst wordt uw mening gevraagd over uw gezondheid
en uw gewicht



Dank u voor het beantwoorden van deze vragen!

Copyright © University of Washington, 2004. All rights reserved.
(WRSM Standard (Dutch) Netherlands Version 1.0)

Instructies voor het invullen van de kwaliteit-van-leven vragenlijsten door deelnemers aan het onderzoek.

- 1) Deze vragenlijsten zijn een belangrijk onderdeel van uw algehele medische beoordeling. De vragen hebben als doel informatie te verzamelen over hoe volgens u uw gezondheid de kwaliteit van uw leven heeft beïnvloed.
- 2) Vul de vragenlijst met pen in. Schrijf duidelijk en stevig om ervoor te zorgen dat de kopieën ook duidelijk en leesbaar zijn.
- 3) Neem de tijd om elke vraag goed te lezen en te beantwoorden. Sommige vragen lijken misschien op andere, maar elke vraag is toch verschillend.
- 4) Beantwoord elke vraag door een ☒ in het vierkantje te zetten dat het beste bij uw antwoord past. U kunt uw antwoord wijzigen door een streep (☒) te zetten door de keuze die u wilt veranderen en een ☒ te zetten in het vierkantje van uw nieuwe keuze.
- 5) Er zijn geen goede of foute antwoorden. Als u er niet helemaal zeker van bent hoe een vraag te beantwoorden, geef dan het antwoord dat het best bij u past.
- 6) Uw antwoorden worden vertrouwelijk behandeld. De onderzoekscoördinator kijkt alleen of alle vragen zijn ingevuld, maar zal uw antwoorden niet doorgeven aan andere stafmedewerkers.

Symptomen die verband houden met uw gewicht en hoeveel last u ervan heeft

Lees voor elk van de volgende vragen de lijst met symptomen door en zet een kruisje ☒ in het hokje dat uw antwoord het best weergeeft

a. Had u in de <u>afgelopen 4 weken</u> last van de volgende symptomen?			b. Zo ja, hoeveel last had u van deze symptomen?						
Nee	Ja	SYMPTOMEN	Hele- maal niet	Nauwe- lijks	Enigs- zins	Matig	Veel	Heel veel	Heel erg veel
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Kortademigheid	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Vermoeidheid	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Slaapproblemen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Gevoeligheid voor kou	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Meer dorst	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Sneller geïrriteerd	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Rugpijn	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Vaak plassen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Pijn in gewrichten (heupen, knieën, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Vasthouden van vocht	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Voetproblemen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Gevoeligheid voor warmte	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Snurken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

(Ga verder naar de volgende bladzijde)

(vervolg)...

a. Had u in de <u>afgelopen 4 weken</u> last van de volgende symptomen?			b. Zo ja, hoeveel last had u van deze symptomen?						
Nee	Ja	SYMPTOMEN	Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Matig	Veel	Heel veel	Heel erg veel
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Toegenomen eetlust	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Urineverlies	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Licht in het hoofd	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Meer zweten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Verlies van verlangen naar seks	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Verminderd uithoudingsvermogen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Huidirritatie	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Ga nog even terug naar de vragen die u zojuist heeft beantwoord om er zeker van te zijn dat u geen vragen heeft overgeslagen.

Dank u voor het beantwoorden van deze vragen!