

* = verplicht, ** = verplicht door validatie regel

Versie: 2023-02-21 - 1.0.0 (Interne code: dppa-proms-2023)

Patiëntgegevens

Patiënt identificatie

Zorginstelling *	
Ziekenhuis patiëntnummer *	
Burger Service Nummer	

Persoonsgegevens

Geboortedatum *	
Geslacht *	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Ongedifferentieerd <input type="checkbox"/> Onbekend
Datum overlijden (indien van toepassing)	

Intake en diagnose

Datum intake *	
Diagnose *	<input type="checkbox"/> Hortonse neuralgie/cluster <input type="checkbox"/> Spanningshoofdpijn <input type="checkbox"/> Vasculaire hoofdpijn <input type="checkbox"/> Essentiële trigeminus neuralg <input type="checkbox"/> Atypische gelaatspijn <input type="checkbox"/> Mechanisch/discogeen cervic <input type="checkbox"/> Neurogeen cervicaal <input type="checkbox"/> (chron) Degen. Cervicaal <input type="checkbox"/> Mechanisch/discogeen thoracaal <input type="checkbox"/> Neurogeen thoracaal <input type="checkbox"/> Sympatgiform thoracaal <input type="checkbox"/> (chron) Degen. thoracaal <input type="checkbox"/> Mechanisch/discogeen lage rugklacht <input type="checkbox"/> Neurogeen lage rugklacht <input type="checkbox"/> Acute radicaire pijn (tot 6 maanden) <input type="checkbox"/> Chronische radicaire pijn (>6 maanden) <input type="checkbox"/> Coccygodynie <input type="checkbox"/> Pijn bij maligniteit <input type="checkbox"/> Ischaem pijn a/d extremiteiten <input type="checkbox"/> Centrale pijn (agv laesie CZS) <input type="checkbox"/> Perifere zenuwpijn (incl PHN) <input type="checkbox"/> Fantoompijn <input type="checkbox"/> Complex regionaal pijnsyndr <input type="checkbox"/> Littekenpijn <input type="checkbox"/> Myofasc pijnsyndr/tendinitis <input type="checkbox"/> Herpes zoster acuta <input type="checkbox"/> Thoracaal <input type="checkbox"/> Abdominaal <input type="checkbox"/> Arthralgie/arthritis <input type="checkbox"/> Palliatieve zorg <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> Overige

Behandeling

Behandeling *	
Datum behandeling *	
Datum start pijnklachten (bij benadering, zie helpetekst)	

Algemeen

Datum PROMs *	
Moment PROMs *	<input type="checkbox"/> Baseline <input type="checkbox"/> Follow-up (4 maanden) <input type="checkbox"/> Follow-up 2 (1 jaar) <input type="checkbox"/> Follow-up 3 (2 jaar) <input type="checkbox"/> Follow-up 4 (3 jaar) <input type="checkbox"/> Follow-up 5 (4 jaar) <input type="checkbox"/> Follow-up 6 (5 jaar) <input type="checkbox"/> Follow-up 7 (6 jaar) <input type="checkbox"/> Follow-up 8 (7 jaar) <input type="checkbox"/> Follow-up 9 (8 jaar) <input type="checkbox"/> Follow-up 10 (9 jaar) <input type="checkbox"/> Follow-up 11 (10 jaar)

Pijnklachten	<input type="checkbox"/> Hoofdpijn	<input type="checkbox"/> Pijn in nek, schouders of hoog in de rug (met of zonder uitstraling naar 1 of beide armen)
	<input type="checkbox"/> Pijn in 1 of beide ellebogen, polsen of handen	<input type="checkbox"/> Pijn onder in de rug (met of zonder uitstraling naar 1 of beide benen)
	<input type="checkbox"/> Pijnklachten in 1 of beide heupen of knieën	<input type="checkbox"/> Pijnklachten in 1 of beide enkels of voeten
	<input type="checkbox"/> Pijnklachten in borst of buik	<input type="checkbox"/> Anders
Opleidingsniveau	<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> Lagere school/basisonderwijs
	<input type="checkbox"/> Lager beroepsonderwijs (bijv. LTS, LHNO, LEAO)	<input type="checkbox"/> VMBO-basis
	<input type="checkbox"/> MAVO/(M)ULO	<input type="checkbox"/> VMBO-kader/GL/TL
	<input type="checkbox"/> Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MTS, MEAO, MBO-handel)	<input type="checkbox"/> HAVO/VWO/MMS/HBS/Lyceum t/m 3e jaar
	<input type="checkbox"/> HAVO/VWO/MMS/HBS/Lyceum, geheel voltooid	<input type="checkbox"/> Hoger beroepsonderwijs (bijv. HTS, HEAO, HBO-verpleegkunde)
	<input type="checkbox"/> Universiteit	<input type="checkbox"/> Anders
Werksituatie	<input type="checkbox"/> Ja, hele dagen (meer dan 30 uur per week)	<input type="checkbox"/> Ja, deeltijd (minder dan 30 uur per week)
	<input type="checkbox"/> Nee, ik ben werkzoekend	<input type="checkbox"/> Nee, ik ben vrijwilliger
	<input type="checkbox"/> Nee, ik heb een dagtaak aan de zorg voor het huishouden/de kinderen	<input type="checkbox"/> Nee, ik ben gepensioneerd
	<input type="checkbox"/> Nee, ik ben in de ziektewet	<input type="checkbox"/> Nee, ik ben in de WAO
	<input type="checkbox"/> Nee, ik ben scholier/student	<input type="checkbox"/> Anders
Hoeveel afgekeurd		

GPE

In welke mate bent u sinds het begin van de behandeling hersteld van uw klachten? (één antwoord aanvinken). Mate van herstel:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Volledig hersteld | <input type="checkbox"/> Veel verbeterd |
| <input type="checkbox"/> Weinig verbeterd | <input type="checkbox"/> Niet veranderd |
| <input type="checkbox"/> Weinig verslechterd | <input type="checkbox"/> Veel verslechterd |
| <input type="checkbox"/> Slechter dan ooit | |

SF12

Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?	<input type="checkbox"/> Uitstekend <input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Slecht	<input type="checkbox"/> Zeer goed <input type="checkbox"/> Matig
Matige inspanning, zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, zwemmen of fietsen	<input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt <input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt	<input type="checkbox"/> Ja, een beetje beperkt
Een paar trappen oplopen	<input type="checkbox"/> Ja, ernstig beperkt <input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet beperkt	<input type="checkbox"/> Ja, een beetje beperkt
U heeft minder bereikt dan u zou willen	<input type="checkbox"/> Altijd <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Zelden
U was beperkt in het soort werk of andere bezigheden	<input type="checkbox"/> Altijd <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Zelden
U heeft minder bereikt dan u zou willen	<input type="checkbox"/> Altijd <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Zelden
U deed uw werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig als gewoonlijk	<input type="checkbox"/> Altijd <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Zelden
In welke mate bent u de afgelopen 4 weken door pijn gehinderd in uw normale werk (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> Nogal <input type="checkbox"/> Heel erg veel	<input type="checkbox"/> Klein beetje <input type="checkbox"/> Veel
Voelde u zich rustig en tevreden?	<input type="checkbox"/> Altijd <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Zelden
Had u veel energie?	<input type="checkbox"/> Altijd <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Zelden
Voelde u zich somber en neerslachtig?	<input type="checkbox"/> Altijd <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nooit	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Zelden

Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen u gedurende de afgelopen 4 weken gehinderd bij uw sociale activiteiten (zoals vrienden of familie bezoeken, etc.)?	<input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> Meestal
	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Zelden
	<input type="checkbox"/> Nooit	

NRS

Hoe hevig is uw pijn op dit moment?	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<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"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	
Hoe hevig was uw pijn gemiddeld de afgelopen week?	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<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"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	
Hoe hevig is uw pijn wanneer hij het minst erg is?	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<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"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	
Hoe hevig is uw pijn wanneer hij op zijn ergst is?	<input type="checkbox"/> Helemaal geen pijn	<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"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Ondraaglijke pijn	

BPI

Algemene activiteit	<input type="checkbox"/> Geen belemmering	<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"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Volledige belemmering	
Stemming	<input type="checkbox"/> Geen belemmering	<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"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Volledige belemmering	
Loopvermogen	<input type="checkbox"/> Geen belemmering	<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"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Volledige belemmering	
Normale werkzaamheden (hieronder valt zowel werk buitenshuis en huishoudelijk werk)	<input type="checkbox"/> Geen belemmering	<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"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Volledige belemmering	
Relaties met andere mensen	<input type="checkbox"/> Geen belemmering	<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"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Volledige belemmering	

Slaap	<input type="checkbox"/> Geen belemmering	<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"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Volledige belemmering	

Plezier in het leven	<input type="checkbox"/> Geen belemmering	<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"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Volledige belemmering	

OLBPDQ

Ernst van de pijn	<input type="checkbox"/> Ik kan de pijn verdragen zonder pijnstillers te hoeven gebruiken	<input type="checkbox"/> De pijn is erg, maar ik hoef nog net geen pijnstillers te gebruiken
	<input type="checkbox"/> Pijnstillers doen de pijn volledig verdwijnen	<input type="checkbox"/> Pijnstillers helpen matig tegen de pijn
	<input type="checkbox"/> Pijnstillers helpen maar een beetje	<input type="checkbox"/> Pijnstillers helpen niet en ik gebruik ze dus niet
Zelfverzorging (wassen, kleden)	<input type="checkbox"/> Ik kan mijzelf normaal wassen en aankleden zonder extra pijn	<input type="checkbox"/> Ik kan mijzelf normaal wassen en aankleden maar heb dan wel extra pijn
	<input type="checkbox"/> Als ik mijzelf was en aankleed doet het pijn en daarom ben ik daar langzaam en voorzichtig mee	<input type="checkbox"/> Ik heb enige hulp nodig maar kan m.b.t. wassen en aankleden het meeste zelf
	<input type="checkbox"/> Ik heb elke dag hulp nodig bij de meeste aspecten van de zelfverzorging	<input type="checkbox"/> Ik kleed me niet aan, was mezelf met moeite en blijf in bed
Tillen	<input type="checkbox"/> Ik kan een zwaar voorwerp zonder extra pijn tillen	<input type="checkbox"/> Ik kan een zwaar voorwerp tillen maar dat doet extra pijn
	<input type="checkbox"/> Ik kan door de pijn geen zware voorwerpen van de grond optillen, maar het lukt me wel als ze op een handige plaats staan, bijv. op tafel	<input type="checkbox"/> Ik kan door de pijn geen zware voorwerpen tillen maar wel lichte tot middelzware als ze op een handige plaats staan
	<input type="checkbox"/> Ik kan alleen heel lichte voorwerpen tillen	<input type="checkbox"/> Ik kan niets tillen of dragen
Lopen	<input type="checkbox"/> Pijn voorkomt niet dat ik ver kan lopen	<input type="checkbox"/> Pijn voorkomt dat ik verder kan lopen dan 2 kilometer
	<input type="checkbox"/> Pijn voorkomt dat ik verder kan lopen dan 1 kilometer	<input type="checkbox"/> Pijn voorkomt dat ik verder kan lopen dan 500 meter
	<input type="checkbox"/> Ik kan alleen met een stok of krukken lopen	<input type="checkbox"/> Ik breng het grootste deel van de tijd in bed door en moet naar het toilet kruipen
Zitten	<input type="checkbox"/> Ik kan in elke stoel zitten zo lang als ik wil	<input type="checkbox"/> Ik kan alleen in mijn favoriete stoel zitten zolang als ik wil
	<input type="checkbox"/> Ik kan door de pijn niet langer dan een uur blijven zitten	<input type="checkbox"/> Ik kan door de pijn niet langer dan een half uur blijven zitten
	<input type="checkbox"/> Ik kan door de pijn niet langer dan 10 minuten blijven zitten	<input type="checkbox"/> Ik kan door de pijn helemaal niet zitten
Staan	<input type="checkbox"/> Ik kan staan zolang ik wil zonder meer pijn te krijgen	<input type="checkbox"/> Ik kan staan zolang ik wil, maar dat veroorzaakt meer pijn
	<input type="checkbox"/> Door de pijn kan ik niet langer dan 1 uur blijven staan	<input type="checkbox"/> Door de pijn kan ik niet langer dan 30 minuten blijven staan
	<input type="checkbox"/> Door de pijn kan ik niet langer dan 10 minuten blijven staan	<input type="checkbox"/> Door de pijn kan ik niet blijven staan
Slapen	<input type="checkbox"/> Ondanks de pijn slaap ik goed	<input type="checkbox"/> Ik kan alleen goed slapen als ik tabletten inneem
	<input type="checkbox"/> Zelfs als ik tabletten inneem slaap ik minder dan 6 uur per nacht	<input type="checkbox"/> Zelfs als ik tabletten inneem slaap ik minder dan 4 uur per nacht
	<input type="checkbox"/> Zelfs als ik tabletten inneem slaap ik minder dan 2 uur per nacht	<input type="checkbox"/> Door de pijn slaap ik in het geheel niet
Het sexleven	<input type="checkbox"/> Mijn sexleven is normaal en bezorgt me geen extra pijn	<input type="checkbox"/> Mijn sexleven is normaal maar bezorgt me wel extra pijn
	<input type="checkbox"/> Mijn sexleven is bijna normaal maar erg pijnlijk	<input type="checkbox"/> Mijn sexleven wordt ernstig beperkt door de pijn
	<input type="checkbox"/> Mijn sexleven is vrijwel afwezig door de pijn	<input type="checkbox"/> Door de pijn heb ik in het geheel geen sexleven meer
Het sociale leven	<input type="checkbox"/> Mijn sociale leven is normaal en bezorgt me geen extra pijn	<input type="checkbox"/> Mijn sociale leven is normaal maar bezorgt me wel extra pijn
	<input type="checkbox"/> Met uitzondering van de meer inspannende bezigheden zoals dansen e.d. heeft de pijn niet een belangrijke invloed op mijn sociale leven	<input type="checkbox"/> De pijn heeft mijn leven beperkt en ik ga minder vaak de deur uit
	<input type="checkbox"/> Door de pijn is mijn sociale leven beperkt tot mijn eigen huis	<input type="checkbox"/> Ik heb geen sociaal leven vanwege de pijn

Reizen/Transport	<input type="checkbox"/> Ik kan overal naar toe reizen zonder extra pijn	<input type="checkbox"/> Ik kan overal naar toe reizen maar heb dan extra pijn
	<input type="checkbox"/> De pijn is weliswaar erg maar ik kan toch reizen maken die langer duren dan 2 uur	<input type="checkbox"/> Door de pijn kan ik niet langer reizen dan 1 uur
	<input type="checkbox"/> Door de pijn kan ik slechts korte, noodzakelijke tochtjes maken die korter duren dan 30 minuten	<input type="checkbox"/> Door de pijn ga ik alleen maar de deur uit om naar de dokter of het ziekenhuis te gaan

NDI		
Pijn	<input type="checkbox"/> Ik heb nu geen pijn	<input type="checkbox"/> Ik heb nu weinig pijn
	<input type="checkbox"/> Ik heb nu matige pijn	<input type="checkbox"/> Ik heb nu vrij hevige pijn
	<input type="checkbox"/> Ik heb nu zeer hevige pijn	<input type="checkbox"/> Ik heb nu de slechtst denkbare pijn
Persoonlijke verzorging (wassen, aan- en uitkleden)	<input type="checkbox"/> Ik kan goed voor mezelf zorgen zonder dat de pijn toeneemt	<input type="checkbox"/> Ik kan goed voor mezelf zorgen hoewel dat de pijn doet toenemen
	<input type="checkbox"/> Voor mezelf zorgen is pijnlijk en gaat langzaam en voorzichtig	<input type="checkbox"/> Voor mezelf zorgen lukt goed maar vaak met enige hulp
	<input type="checkbox"/> Elke dag voor mezelf zorgen lukt meestal alleen met hulp	<input type="checkbox"/> Ik kan mezelf niet aankleden; mezelf wassen gaat moeilijk en ik blijf in bed
Tillen	<input type="checkbox"/> Ik kan een zwaar gewicht tillen zonder dat de pijn toeneemt	<input type="checkbox"/> Ik kan een zwaar gewicht tillen, maar dat doet de pijn toenemen
	<input type="checkbox"/> De pijn weerhoudt mij van het optillen van een zwaar gewicht van de grond, maar dat zou wel kunnen wanneer dat gewicht hoger (bijv. op een tafel) ligt	<input type="checkbox"/> De pijn weerhoudt mij ervan om zware dingen op te tillen, maar het lukt mij wel om lichte tot middelzware gewichten te tillen als ze makkelijk geplaatst zijn
	<input type="checkbox"/> Ik kan alleen zeer lichte gewichten tillen	<input type="checkbox"/> Ik kan helemaal niets tillen of dragen
Lezen	<input type="checkbox"/> Ik kan zoveel lezen als ik wil zonder pijn in mijn nek	<input type="checkbox"/> Ik kan zoveel lezen als ik wil met weinig pijn in mijn nek
	<input type="checkbox"/> Ik kan zoveel lezen als ik wil met matige pijn in mijn nek	<input type="checkbox"/> Ik kan niet zoveel lezen als ik zou willen vanwege de matige pijn in mijn nek
	<input type="checkbox"/> Ik kan bijna niet meer lezen vanwege de hevige pijn in mijn nek	<input type="checkbox"/> Ik kan helemaal niet meer lezen
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/> Ik heb helemaal geen hoofdpijn	<input type="checkbox"/> Ik heb af en toe lichte hoofdpijn
	<input type="checkbox"/> Ik heb af en toe matige hoofdpijn	<input type="checkbox"/> Ik heb vaak matige hoofdpijn
	<input type="checkbox"/> Ik heb vaak hevige hoofdpijn	<input type="checkbox"/> Ik heb bijna altijd hoofdpijn
Concentratie	<input type="checkbox"/> Ik kan mij goed concentreren zonder moeite wanneer ik dat wil	<input type="checkbox"/> Ik kan mij goed concentreren met enige moeite wanneer ik dat wil
	<input type="checkbox"/> Het kost mij duidelijk moeite om me te concentreren wanneer ik dat wil	<input type="checkbox"/> Het kost mij veel moeite om me te concentreren wanneer ik dat wil
	<input type="checkbox"/> Het kost mij zeer veel moeite om me te concentreren wanneer ik dat wil	<input type="checkbox"/> Ik kan mij helemaal niet concentreren
Werk	<input type="checkbox"/> Ik kan zoveel werk doen als ik wil	<input type="checkbox"/> Ik kan alleen mijn gewone werk doen, maar niet meer
	<input type="checkbox"/> Ik kan het grootste deel van mijn gewone werk doen, maar niet meer	<input type="checkbox"/> Ik kan mijn gewone werk niet doen
	<input type="checkbox"/> Ik kan bijna geen enkel werk meer doen	<input type="checkbox"/> Ik kan helemaal niet meer werken
Autorijden	<input type="checkbox"/> Ik kan autorijden zonder enige nekpijn	<input type="checkbox"/> Ik kan autorijden zo lang als ik wil met weinig pijn in mijn nek
	<input type="checkbox"/> Ik kan autorijden zo lang als ik wil met matige pijn in mijn nek	<input type="checkbox"/> Ik kan niet autorijden zo lang als ik wil vanwege de matige pijn in mijn nek
	<input type="checkbox"/> Ik kan bijna niet meer autorijden vanwege de hevige pijn in mijn nek	<input type="checkbox"/> Ik kan helemaal niet meer autorijden
Slapen	<input type="checkbox"/> Ik heb geen moeite met slapen	<input type="checkbox"/> Mijn slaap is heel licht gestoord (minder dan 1 uur wakker)
	<input type="checkbox"/> Mijn slaap is licht gestoord (1 tot 2 uur wakker)	<input type="checkbox"/> Mijn slaap is matig gestoord (2 tot 3 uur wakker)
	<input type="checkbox"/> Mijn slaap is fors gestoord (3 tot 5 uur wakker)	<input type="checkbox"/> Mijn slaap is volledig gestoord (5 tot 7 uur wakker)
Vrije tijd	<input type="checkbox"/> Ik kan aan alle activiteiten meedoen zonder enige pijn in mijn nek	<input type="checkbox"/> Ik kan aan alle activiteiten meedoen met enig pijn in mijn nek
	<input type="checkbox"/> Vanwege de pijn in mijn nek kan ik aan de meeste, maar niet alle, gebruikelijke activiteiten meedoen	<input type="checkbox"/> Vanwege de pijn in mijn nek kan ik aan maar weinig gebruikelijke activiteiten meedoen
	<input type="checkbox"/> Vanwege de pijn in mijn nek kan ik nagenoeg aan geen activiteiten meedoen	<input type="checkbox"/> Ik kan aan geen enkele activiteit meer meedoen

HADS		
Ik voel me gespannen:	<input type="checkbox"/> Bijna altijd	<input type="checkbox"/> Vaak
	<input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Nooit
Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik gewoonlijk van kon genieten:	<input type="checkbox"/> Zeker zo veel	<input type="checkbox"/> Wat minder
	<input type="checkbox"/> Duidelijk minder	<input type="checkbox"/> Nauwelijks nog

Ik heb een angstig gevoel alsof er iets vreselijks gaat gebeuren:	<input type="checkbox"/> Zeer zeker <input type="checkbox"/> Een beetje	<input type="checkbox"/> Zeker <input type="checkbox"/> Helemaal niet
Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien:	<input type="checkbox"/> Net zoveel als gewoonlijk <input type="checkbox"/> Nu duidelijk minder	<input type="checkbox"/> Nu wat minder <input type="checkbox"/> Helemaal nietmeer
Ik maak me zorgen:	<input type="checkbox"/> Heel vaak <input type="checkbox"/> Niet zo vaak	<input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Heel soms
Ik voel me opgewekt:	<input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Heel af en toe <input type="checkbox"/> Meestal
Ik kan me ontspannen:	<input type="checkbox"/> Altijd <input type="checkbox"/> Af en toe	<input type="checkbox"/> Meestal <input type="checkbox"/> Nooit
Ik heb het gevoel dat bij mij alles moeizamer gaat:	<input type="checkbox"/> Bijna altijd <input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Heel vaak <input type="checkbox"/> Nooit
Ik heb een angstig, gespannen gevoel in mijn buik:	<input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Vrij vaak	<input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Heel vaak
Het interesseert me niet meer hoe ik er uit zie:	<input type="checkbox"/> Inderdaad, het interesseert me helemaal niet meer <input type="checkbox"/> Ik besteed misschien iets minder aandacht aan mijzelf	<input type="checkbox"/> Ik besteed minder aandacht aan mijzelf dan ik zou moeten <input type="checkbox"/> Ik besteed minstens net zo veel aandacht aan mijzelf als gewoonlijk
Ik voel me onrustig	<input type="checkbox"/> Inderdaad, zeer vaak <input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Tamelijk vaak <input type="checkbox"/> Nooit
Ik kijk met plezier uit naar dingen:	<input type="checkbox"/> Net zoveel als gewoonlijk <input type="checkbox"/> Veel minder dan gewoonlijk	<input type="checkbox"/> Iets minder dan gewoonlijk <input type="checkbox"/> Nauwelijks
Ik raak plotseling in paniek:	<input type="checkbox"/> Inderdaad, zeer vaak <input type="checkbox"/> Soms	<input type="checkbox"/> Tamelijk vaak <input type="checkbox"/> Nooit
Ik kan genieten van een goed boek of een radio- of televisieprogramma:	<input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Af en toe	<input type="checkbox"/> Regelmatig <input type="checkbox"/> Zelden

PCS

Als ik pijn heb vraag ik mij voortdurend af of de pijn wel zal ophouden.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb voel ik dat ik zo niet verder kan.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb is dat verschrikkelijk en denk ik dat het nooit beter zal worden.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb is dat afschuwelijk en voel ik dat de pijn mij overweldigd.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb voel ik dat ik het niet meer uithoud.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb word ik bang dat de pijn erger zal worden.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb blijf ik denken aan andere pijnlijke gebeurtenissen.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb verlang ik hevig dat de pijn weggaat.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb kan ik de pijn niet uit mijn gedachten zetten.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb blijf ik eraan denken hoeveel pijn het wel doet.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate
Als ik pijn heb blijf ik denken hoe graag ik zou willen dat de pijn ophoudt.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet <input type="checkbox"/> In zekere mate <input type="checkbox"/> Altijd	<input type="checkbox"/> In lichte mate <input type="checkbox"/> In grote mate

Als ik pijn heb is er niets dat ik kan doen om de intensiteit van de pijn te verminderen.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet	<input type="checkbox"/> In lichte mate
	<input type="checkbox"/> In zekere mate	<input type="checkbox"/> In grote mate
	<input type="checkbox"/> Altijd	
Als ik pijn heb vraag ik mij af of er iets ernstigs kan gebeuren.	<input type="checkbox"/> Helemaal niet	<input type="checkbox"/> In lichte mate
	<input type="checkbox"/> In zekere mate	<input type="checkbox"/> In grote mate
	<input type="checkbox"/> Altijd	

Ervaringen

Ik heb het invullen van de vragenlijst ervaren als	<input type="checkbox"/> Zeer positief	<input type="checkbox"/> Positief
	<input type="checkbox"/> Neutraal	<input type="checkbox"/> Negatief
	<input type="checkbox"/> Zeer negatief	
Duidelijkheid van de gestelde vragen	<input type="checkbox"/> Uitstekend	<input type="checkbox"/> Zeer goed
	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Matig
	<input type="checkbox"/> Slecht	
Lengte van de vragenlijst	<input type="checkbox"/> Uitstekend	<input type="checkbox"/> Zeer goed
	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Matig
	<input type="checkbox"/> Slecht	
Relevantie van de vragen (is de informatie volgens u nuttig voor uw behandeling)	<input type="checkbox"/> Uitstekend	<input type="checkbox"/> Zeer goed
	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Matig
	<input type="checkbox"/> Slecht	
Het gemak waarmee u de vragen kon beantwoorden	<input type="checkbox"/> Uitstekend	<input type="checkbox"/> Zeer goed
	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Matig
	<input type="checkbox"/> Slecht	
Kunt u een inschatting hoeveel minuten u er over heeft gedaan om deze vragenlijst in te vullen?		