

Vragenlijst Bemer – Fysische vaattherapie

Invuldatum naam geb.dat. m/v

1) Voor welke klachten wilt u de Bemer therapie gebruiken?

2) Hoe lang heeft u deze klachten al?

3 maanden 3-6 maanden 6-12 maanden meer dan 12 maanden

3) Welke therapie of medicijnen heeft u tot nu toe gebruikt?

4) Hoe tevreden bent u met de tot op heden gebruikte behandeling(en)?

zeer tevreden tevreden niet zo tevreden ontevreden

5) Hoe vaak gaat u naar de arts per maand?

1x 2x 3x 4x meer dan 5x

6) Hoeveel dagen was u de laatste 3 maanden ziek?

minder dan 5 5-10 10-20 20-30 meer dan 30

7) Heeft u inslaapproblemen?

6 (geen) 5 4 3 2 1 (zeer grote)

8) Wordt u 's nachts wakker?

6 (nooit) 5 4 3 2 1 (zeer vaak)

9) Heeft u na het wakker worden problemen om weer in te slapen?

6 (nooit) 5 4 3 2 1 (zeer grote)

10) Heeft u bij het wakker worden het gevoel uitgeslapen te zijn

6 (altijd) 5 4 3 2 1 (nooit)

11) Hoe zou u uw algemene gezondheidstoestand beschrijven?

5 (slecht) 4x 3x 2x 1x (uitstekend)

12) Bent u bij de uitvoering van gewone dagelijkse werkzaamheden beperkt? (bv. stofzuigen, traplopen, wandelen, boodschappen doen, hobby's, sporten)

nee enigszins ja

13) Kunt u meerdere traptreden tegelijk nemen bij het traplopen?

nee ja, maar af en toe een extra trede ja, makkelijk

14) Had u de afgelopen 4 weken door uw lichamelijke gezondheid enige problemen met het werk of met andere dagelijkse werkzaamheden op het werk of thuis?

Ik heb minder kunnen doen dan ik wilde:

nee ja

Indien ja, welke dingen kon u dan minder doen?

15) Had u de afgelopen 4 weken als gevolg van emotionele problemen enige problemen met het werk of met andere dagelijkse werkzaamheden op het werk of thuis? (bv. omdat u zich neerslachtig of angstig voelde)

Ik heb minder kunnen doen dan ik wilde:

nee ja

Indien ja, welke dingen kon u dan minder doen?

16) In hoeverre heeft pijn u in de afgelopen 4 weken bij de uitvoering van uw dagelijkse werkzaamheden thuis of op het werk gehinderd?

niet weinig matig tamelijk erg

17) Geef op een schaal van 1 tot 10 uw ondervonden pijnklachten aan.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18) Hoe vaak was u de afgelopen 4 weken vol energie?

altijd meestal vaak soms zelden nooit

19) Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of uw emotionele problemen in de afgelopen 4 weken uw contact met andere mensen beïnvloed? (bv. bezoek aan vrienden, familie enz.)

altijd meestal soms zelden nooit