

## Vragenlijst Bemer – Fysische vaattherapie – na behandelperiode

Invuldatum                      naam                                      geb.dat.                      m/v

\_\_\_\_\_

1) Zijn uw klachten verbeterd?

-----

2) Heeft u de Bemer set dagelijks met het basisprogramma gebruikt?

ja  nee

3) Heeft u applicatoren gebruikt? Hoe, waar, welk programma?

-----

4) Hoe tevreden bent u tot nu toe over de Bemer Fysische vaattherapie?

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