

## Veines QoL/Sym Vragenlijst

Hieronder staan enkele vragen over **uw benen**. Deze informatie geeft weer hoe u zich voelt. Ook kunt u zich aangeven hoe goed u in staat bent uw gebruikelijke activiteiten te verrichten.

### **Aanwijzingen voor het invullen:**

Kruis bij elke vraag het juiste antwoord aan. Als u niet zeker weet hoe u een vraag moet beantwoorden, geef dan het antwoord dat het meest van toepassing is.

## Vragen

- 1) Hoe vaak heeft u gedurende de afgelopen 4 weken de volgende klachten van **uw been of benen** gehad? *(kruis 1 antwoord aan op elke regel)*

	Elke dag	Een aantal keer per week	Ongeveer 1 keer per week	Minder dan 1 keer per week	Nooit
a) Zware benen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pijnlijke benen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Dikke benen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Nachtelijke krampen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Warm of brandend gevoel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Onrustige benen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Kloppend of bonzend gevoel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Jeuk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Tintelend gevoel of prikkend gevoel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 2) Op welk moment van de dag zijn uw **beenklachten** het ergst? *(kruis één antwoord aan)*

- Bij het wakker worden
- Midden op de dag
- Aan het einde van de dag
- 's Nachts
- Op elk moment van de dag
- Nooit

3) Hoe beoordeelt u nu in het algemeen de toestand van uw **been / benen** in vergelijking met de periode voor uw trombosebeen/longembolie? (kruis één antwoord aan)

- Veel beter dan vóór mijn trombosebeen/longembolie
- Iets beter dan vóór mijn trombosebeen/longembolie
- Ongeveer hetzelfde als vóór mijn trombosebeen/longembolie
- Iets slechter dan vóór mijn trombosebeen/longembolie
- Veel slechter dan vóór mijn trombosebeen/longembolie
- Ik heb na mijn trombosebeen/longembolie geen last van mijn been / benen gehad

4) De volgende zaken betreffen normale dagelijkse activiteiten. Beperken uw beenklachten u op dit moment bij deze activiteiten? Als het antwoord JA is, in welke mate? (Kruis 1 antwoord aan op elke regel)

	Ik werk niet	JA, erg beperkt	JA, een beetje beperkt	NEE, niet beperkt
a) <b>Dagelijkse activiteiten</b> op het <b>werk</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) <b>Dagelijkse activiteiten thuis</b> (b.v. huishoudelijk werk, strijken, klussen in en om het huis, tuinieren, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) <b>Sociale of vrijetijds bezigheden</b> waarbij u langere tijd <b>staat</b> (b.v. feesten, bruiloften, met openbaar vervoer reizen, winkelen etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) <b>Sociale of vrijetijds bezigheden</b> waarbij u langere tijd <b>zit</b> (b.v. bioscoop- of theaterbezoek, reizen etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Heeft u de afgelopen 4 weken als gevolg van uw beenklachten de volgende problemen met uw werk of andere dagelijkse activiteiten gehad? (Kruis 1 antwoord aan op elke regel)

	JA	NEE
a) <b>De hoeveelheid tijd</b> op het werk of tijdens andere activiteiten moeten beperken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) <b>Minder bereikt</b> dan u had gewild?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Beperkt zijn in het <b>soort</b> werk of andere activiteiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) <b>Moeite</b> hebben met het verrichten van werk of andere activiteiten (b.v. omdat het extra inspanning kostte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



