

Vragenlijst

± 24 uur na de operatie

Uw gegevens

Achternaam: -----

Geboortedatum: -- - -- - -----

Geslacht: M / V

Datum van invullen: -- - -- - -----

Tijd van invullen: __ : __ uur

Nederlandstalige QoR-15 vragenlijst

Wilt u het cijfer omcirkelen dat het meest op u van toepassing is?

Voorbeeld: Ik kon makkelijk uit bed stappen	Geen enkel moment	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	De hele tijd
(Mag u het gevraagde niet doen, kies dan 0)													

DEEL A

Hoe voelde u zich de afgelopen 24 uur?

(0 tot 10, waarbij 0 = geen enkel moment [slecht] en 10 = de hele tijd [uitstekend])

1. Ik kon makkelijk ademen	Geen enkel moment	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	De hele tijd
----------------------------	-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

2. Ik kon van eten genieten	Geen enkel moment	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	De hele tijd
-----------------------------	-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

3. Ik voelde me uitgerust	Geen enkel moment	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	De hele tijd
---------------------------	-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

4. Ik heb goed geslapen	Geen enkel moment	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	De hele tijd
-------------------------	-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

5. Ik kon mezelf zonder hulp wassen en verzorgen	Geen enkel moment	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	De hele tijd
--	-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

6. Ik kon communiceren met familie of vrienden	Geen enkel moment	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	De hele tijd
--	-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

7. Ik voelde me gesteund door de artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis	Geen enkel moment	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	De hele tijd
---	-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

8. Ik kon weer aan het werk of gebruikelijke huishoudelijke activiteiten verrichten	Geen enkel moment	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	De hele tijd
---	-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

9. Ik voelde me prettig en had het gevoel dat ik zelf kon bepalen wat er gebeurde	Geen enkel moment	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	De hele tijd
---	-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

10. Ik voelde me over het algemeen goed	Geen enkel moment	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	De hele tijd
---	-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

DEEL B

In hoeverre heeft u de afgelopen 24 uur last gehad van onderstaande klachten?

(10 tot 0, waarbij 10 = geen enkel moment [uitstekend] en 0 = de hele tijd [slecht])

11. Matige pijn	Geen enkel moment	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	De hele tijd
-----------------	-------------------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

12. Hevige pijn	Geen enkel moment	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	De hele tijd
-----------------	-------------------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

13. Misselijkheid of braken	Geen enkel moment	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	De hele tijd
-----------------------------	-------------------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

14. Bezorgdheid of angst	Geen enkel moment	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	De hele tijd
--------------------------	-------------------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

15. Verdrietig of somber gevoel	Geen enkel moment	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	De hele tijd
---------------------------------	-------------------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

Controleer alstublieft of u **alle** 15 vragen heeft beantwoord. Bedankt voor uw medewerking!