

HOOS-PS

Vragenformulier voor heuppatiënten

Datum: _____ Geboortedatum: _____

Naam: _____

Instructies;

Deze vragenlijst vraagt naar uw mening over uw heup. Deze informatie helpt ons na te gaan hoe u zich voelt over uw heup en hoe goed u in staat bent om uw normale dagelijkse activiteiten uit te voeren.

Beantwoord elke vraag door één hokje aan te kruisen. Wanneer u twijfelt over de beantwoording van een vraag, kruis dan de best mogelijke optie aan.

Wilt u voor elk van de onderstaande activiteiten aangeven hoeveel moeite u de afgelopen week heeft ervaren tijdens deze activiteiten vanwege uw heup.

1. Trap aflopen

geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)

2. In / uit bad of douche gaan

geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)

3. Zitten

geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)

4. Hardlopen

geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (4)

5. Draaien op een belast been

geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)

May 2013