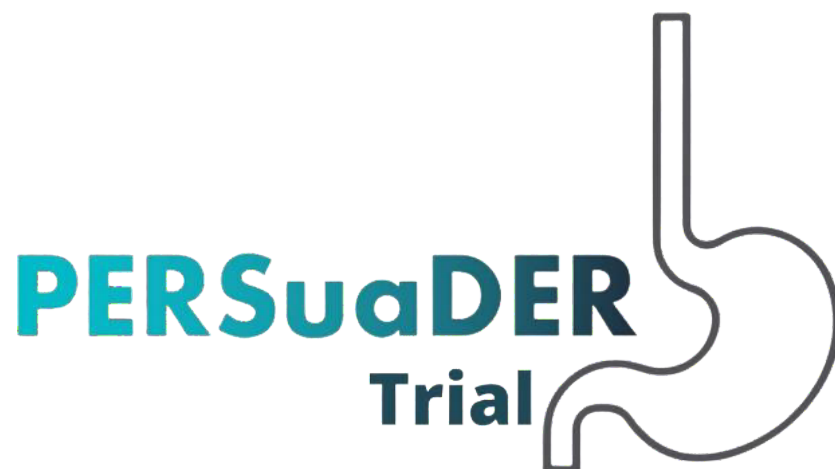


# PERSuaDER-studie

## vragenlijst



|               |                             |
|---------------|-----------------------------|
| Studienummer: | ____ - ____                 |
| Datum:        | ____/____/____ (dd/mm/jjjj) |

Geachte deelnemer,

U neemt deel aan de PERSuaDER-trial, hierbij vragen wij u ook om op vier momenten een vragenlijst in te vullen. Dit zal eenmaal voor de operatie zijn, gevolgd door, 1, 3 en 6 maanden na de operatie.

Alvast hartelijk dank voor het invullen!

De vragenlijst start op de volgende bladzijde. Er zijn geen 'goede' of 'foute' antwoorden. Vult u elke vraag zo eerlijk mogelijk in. De resultaten worden zo verwerkt dat ze – net zoals de andere studiegegevens – niet direct tot u herleidbaar zijn. Het invullen van de vragenlijst duurt gemiddeld 15 minuten.

#### **Invulinstructie:**

Op iedere pagina staat een instructie voor de te beantwoorden vragen. Hierin staat hoe u de vraag moet beantwoorden en op welke periode de vraag betrekking heeft, bijvoorbeeld: hoe u zich de afgelopen maand voelde. De periodes waarop de vragen betrekking hebben kunnen verschillen. Leest u daarom de instructie door alvorens de vragen te beantwoorden.

U kunt antwoord geven door het vakje aan te kruisen dat het meest op u van toepassing is. Als u twijfelt, geef dan het antwoord dat het dichtst in de buurt komt van uw situatie. Kruis bij elke vraag één vakje aan. Als er bij een vraag meerdere antwoordopties aangekruist mogen worden staat dit aangegeven.

Als u een al ingevuld antwoord wilt veranderen, kunt u het oorspronkelijke kruisje duidelijk doorstrepen ☒ en het goede vakje aankruisen. ☐

Gebruikt u sondevoeding? Dan kunnen sommige vragen over problemen met eten en drinken lastig te beantwoorden zijn. Wij vragen u toch ook bij deze vragen het antwoord aan te kruisen dat het meest op u van toepassing is.

Mocht u vragen hebben over het invullen van de vragenlijst, dan kunt u contact opnemen met het PERSuaDER onderzoeksteam:

Email: [persuader.heel@radboudumc.nl](mailto:persuader.heel@radboudumc.nl)

Telefoon: +31655740313

**Wij zijn geïnteresseerd in uw gezondheid van vandaag.**

Zet bij iedere groep in de lijst hieronder een kruisje in het hokje achter de zin die het best past bij uw eigen gezondheidstoestand **vandaag**.

**EQ1. Mobiliteit**

- |                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Ik heb geen problemen met lopen       | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb een beetje problemen met lopen | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb matige problemen met lopen     | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb ernstige problemen met lopen   | <input type="checkbox"/> |
| Ik ben niet in staat om te lopen      | <input type="checkbox"/> |

**EQ2. Zelfzorg**

- |                                                             |                          |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Ik heb geen problemen met mijzelf wassen of aankleden       | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb een beetje problemen met mijzelf wassen of aankleden | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb matige problemen met mijzelf wassen of aankleden     | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb ernstige problemen met mijzelf wassen of aankleden   | <input type="checkbox"/> |
| Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden     | <input type="checkbox"/> |

**EQ3. Dagelijkse activiteiten** (*bijv. werk, studie, huishouden, gezins- en vrijetijdsactiviteiten*)

- |                                                                 |                          |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten          | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb een beetje problemen met mijn dagelijkse activiteiten    | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb matige problemen met mijn dagelijkse activiteiten        | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb ernstige problemen met mijn dagelijkse activiteiten      | <input type="checkbox"/> |
| Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren | <input type="checkbox"/> |

**EQ4. Pijn/ongemak**

- |                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Ik heb geen pijn of ongemak       | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb een beetje pijn of ongemak | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb matige pijn of ongemak     | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb ernstige pijn of ongemak   | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb extreme pijn of ongemak    | <input type="checkbox"/> |

**EQ5. Angst/somberheid**

- |                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Ik ben niet angstig of somber       | <input type="checkbox"/> |
| Ik ben een beetje angstig of somber | <input type="checkbox"/> |
| Ik ben matig angstig of somber      | <input type="checkbox"/> |
| Ik ben erg angstig of somber        | <input type="checkbox"/> |
| Ik ben extreem angstig of somber    | <input type="checkbox"/> |

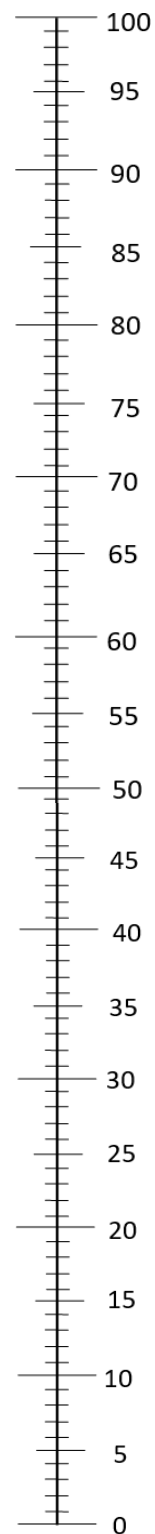
EQ6.

- We willen weten hoe goed of slecht uw gezondheid VANDAAG is.
- Deze meetschaal loopt van 0 tot 100.
- 100 staat voor de beste gezondheid die u zich kunt voorstellen.
- 0 staat voor de slechtste gezondheid die u zich kunt voorstellen.
- **Markeer een X** op de meetschaal om aan te geven hoe uw gezondheid VANDAAG is.
- **Noteer het getal** waarbij u de X heeft geplaatst in onderstaand vakje.

UW GEZONDHEID VANDAAG =

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**De beste gezondheid  
die u zich kunt  
voorstellen**



**De slechtste  
gezondheid die u zich  
kunt voorstellen**

**Wij zijn geïnteresseerd in bepaalde dingen over u en uw gezondheid.**

Wilt u alle vragen zelf beantwoorden door het hokje aan te kruisen dat het meest op u van toepassing is?

Er zijn geen "juiste" of "onjuiste" antwoorden.

|        |                                                                                                                         | Helemaal<br>niet         | Een<br>beetje            | Nogal                    | Heel<br>erg              |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C30-1. | Heeft u moeite met het doen van inspannende activiteiten, zoals het dragen van een zware boodschappentas of een koffer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-2. | Heeft u moeite met het maken van een <u>lange</u> wandeling?                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-3. | Heeft u moeite met het maken van een <u>korte</u> wandeling buitenshuis?                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-4. | Moet u overdag in bed of op een stoel blijven?                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-5. | Heeft u hulp nodig met eten, aankleden, uzelf wassen of naar het toilet gaan?                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Gedurende de afgelopen week:**

|         |                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C30-6.  | Was u beperkt bij het doen van uw werk of andere dagelijkse bezigheden?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-7.  | Was u beperkt in het uitoefenen van uw hobby's of bij andere bezigheden die u in uw vrije tijd doet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-8.  | Was u kortademig?                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-9.  | Heeft u pijn gehad?                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-10. | Had u behoefte om te rusten?                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-11. | Heeft u moeite met slapen gehad?                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-12. | Heeft u zich slap gevoeld?                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-13. | Heeft u gebrek aan eetlust gehad?                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-14. | Heeft u zich misselijk gevoeld?                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-15. | Heeft u overgegeven?                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-16. | Had u last van obstipatie? (was u verstopt?)                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                     |                                                                                                       | Helemaal<br>niet         | Een<br>beetje            | Nogal                    | Heel<br>erg              |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Gedurende de afgelopen week:</b> |                                                                                                       |                          |                          |                          |                          |
| C30-17.                             | Had u diarree?                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-18.                             | Was u moe?                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-19.                             | Heeft pijn u gehinderd in uw dagelijkse bezigheden?                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-20.                             | Heeft u moeite gehad met het concentreren op dingen, zoals een krant lezen of televisie kijken?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-21.                             | Voelde u zich gespannen?                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-22.                             | Maakte u zich zorgen?                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-23.                             | Voelde u zich prikkelbaar?                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-24.                             | Voelde u zich neerslachtig?                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-25.                             | Heeft u moeite gehad met het herinneren van dingen?                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-26.                             | Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling uw <u>familieleven</u> in de weg gestaan?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-27.                             | Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling u belemmerd in uw <u>sociale</u> bezigheden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C30-28.                             | Heeft uw lichamelijke toestand of medische behandeling financiële moeilijkheden met zich meegebracht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Wilt u voor de volgende vragen het getal tussen 1 en 7 aankruisen dat het meest op u van toepassing is:**

C30-29. Hoe zou u uw algehele gezondheid gedurende de afgelopen week beoordelen?

1.☐ 2.☐ 3.☐ 4.☐ 5.☐ 6.☐ 7.☐

Erg slecht

Uitstekend

C30-30. Hoe zou u uw algehele "kwaliteit van het leven" gedurende de afgelopen week beoordelen?

1.☐ 2.☐ 3.☐ 4.☐ 5.☐ 6.☐ 7.☐

Erg slecht

Uitstekend

**Soms zeggen patiënten dat ze de volgende symptomen of problemen hebben.** Wilt u aangeven in welke mate u deze symptomen of problemen gedurende de **afgelopen week** heeft ervaren? Gelieve het hokje aan te kruisen dat het meest op u van toepassing is.

| Gedurende de afgelopen week: |                                                                                          | Helemaal<br>niet         | Een<br>beetje            | Nogal                    | Heel<br>erg              |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| OG-1.                        | Heeft u problemen gehad bij het eten van vast voedsel?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-2.                        | Heeft u problemen gehad bij het eten van vloeibaar of zacht voedsel?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-3.                        | Heeft u problemen gehad bij het drinken van vloeistoffen?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-4.                        | Heeft u moeite gehad om van uw maaltijden te genieten?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-5.                        | Heeft u het gevoel gehad te snel voldaan te zijn nadat u bent beginnen te eten?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-6.                        | Heeft u veel tijd nodig gehad om uw maaltijd te beëindigen?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-7.                        | Heeft u moeite gehad met eten?                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-8.                        | Heeft u zure indigestie of brandend maagzuur gehad?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-9.                        | Heeft u last gehad van zuur of gal in de mond?                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-10.                       | Heeft u last gehad bij het eten?                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-11.                       | Heeft u pijn gehad tijdens het eten?                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-12.                       | Heeft u pijn gehad in de maagstreek?                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-13.                       | Heeft u last gehad in de maagstreek?                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-14.                       | Heeft u zitten denken aan uw ziekte?                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-15.                       | Heeft u zich zorgen gemaakt over uw toekomstige gezondheidstoestand?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-16.                       | Heeft u het moeilijk gehad om te eten in het bijzijn van andere mensen?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-17.                       | Had u een droge mond?                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-18.                       | Heeft u problemen gehad met uw smaakzin?                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-19.                       | Voelde u zich lichamelijk minder aantrekkelijk ten gevolge van uw ziekte of behandeling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Gedurende de afgelopen week: |                                                                                                                | Helemaal<br>niet         | Een<br>beetje            | Nogal                    | Heel<br>erg              |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| OG-20.                       | Had u problemen met het doorslikken van uw speeksel?                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-21.                       | Heeft u zich verslikt?                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-22.                       | Heeft u gehoest?                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-23.                       | Heeft u moeite gehad met praten?                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-24.                       | Heeft u zich zorgen gemaakt dat uw gewicht te laag is?                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-25.                       | Deze vraag alleen beantwoorden indien u haaruitval heeft gehad: was u door het verlies van uw haar van streek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Algemene vragen

**Vraag A1. Op welke datum vult u deze vragenlijst in?**

| dag                  |                      | maand                |                      | jaar                 |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Vraag A2. Wat is uw geboortedatum?**

| dag                  |                      | maand                |                      | jaar                 |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Vraag A3. Wat is uw geslacht?**

- ☐ Man  
☐ Vrouw

**Vraag A4. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt?** Zoek uw hoogste opleiding en kruis het hokje daarvoor aan.

- ☐ Ik heb geen school of opleiding afgemaakt  
☐ Lagere school of basisschool  
☐ Huishoudschool, vbo, lbo, lts, leao of lhno  
  
☐ Mavo, mulo, ivo of vmbo  
☐ Mbo, mts, meao, mhno, inas of intas  
☐ Havo, vwo, hbs, mms, atheneum of gymnasium  
  
☐ Hbo, hts, heao of hhno  
☐ Universiteit  
☐ Ik heb een andere opleiding afgemaakt, namelijk .....

.....

**Vraag A5. Wat doet u in het dagelijks leven?** Kruis aan wat u de meeste tijd doet.

- ☐ Ik zit op school, ik studeer
- ☐ Ik werk in loondienst
- ☐ Ik ben zelfstandig ondernemer
- ☐ Ik ben huisvrouw, huisman
  
- ☐ Ik ben werkloos
- ☐ Ik ben arbeidsongeschikt, voor ... %
- ☐ Ik ben met pensioen of prepensioen
- ☐ Ik doe iets anders, namelijk .....

.....

**Vraag A6. Hebt u betaald werk?**

- ☐ Nee
- ☐ Ja

De volgende vragen gaan over uw baan. Dus over werk waarvoor u betaald wordt.

Hebt u geen betaalde baan? Ga dan verder met vraag 10. *Lees eerst de toelichting boven vraag 10.*

**Vraag 1. Wat is uw beroep?**

.....

**Vraag 2. Hoeveel uur per week werkt u?** Tel alleen de uren waarvoor u betaald wordt.

..... uren

**Vraag 3. Op hoeveel dagen in de week werkt u?**

Op ..... dagen

**Vraag 4. Bent u in de afgelopen 4 weken afwezig geweest van uw werk omdat u ziek was?**

- ☐ Nee
- ☐ Ja, ik ben ..... dagen afwezig geweest  
(Tel alleen de werkdagen in de afgelopen 4 weken)

Heeft u “Ja” aangekruist? Beantwoord dan vraag 5.  
Ga anders verder met vraag 7.

**Vraag 5. Was u langer dan de gehele periode van 4 weken afwezig van uw werk doordat u ziek was?** Het gaat om een aaneengesloten periode van werkverzuim.

- ☐ Nee  
☐ Ja

Heeft u “Ja” aangekruist? Beantwoord dan vraag 6.  
Ga anders verder met vraag 7.

**Vraag 6. Wanneer heeft u zich ziek gemeld?**

| dag                  |                      | maand                |                      | jaar                 |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Ga verder met vraag 10. *Lees eerst de toelichting boven vraag 10.*

**Vraag 7. Waren er in de afgelopen 4 weken dagen waarop u wel gewerkt heeft, maar tijdens uw werk last had van lichamelijke of psychische problemen?**

- ☐ Nee  
☐ Ja

Heeft u “Ja” aangekruist? Beantwoord dan vraag 8 en 9.  
Ga anders verder met vraag 10. *Lees eerst de toelichting boven vraag 10.*

**Vraag 8. Op hoeveel werkdagen had u tijdens uw werk last van uw lichamelijke of psychische problemen?** Tel alleen de werkdagen in de afgelopen 4 weken.

..... werkdagen

**Vraag 9. Op de dagen dat u last had, kon u misschien niet zoveel werk doen als normaal. Hoeveel werk kon u op deze dagen gemiddeld doen?** Kijk naar de cijfers hieronder. Een 10 betekent dat u op deze dagen net zoveel kon doen als normaal. Een 0 betekent dat u op deze dagen niets kon doen. Zet een cirkel om het goede cijfer.

Ik kon op  
deze dagen  
niets doen

Ik kon onge-  
veer de helft  
doen

Ik kon net  
zoveel doen  
als normaal

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

### Toelichting

Ook bij onbetaald werk, kunt u last hebben van uw lichamelijke of psychische problemen. Soms kunt u daardoor minder doen. U kunt bijvoorbeeld niet goed voor de kinderen zorgen of vrijwilligerswerk doen. Of geen boodschappen doen of in de tuin werken. Daarover gaan de volgende vragen.

**Vraag 10. Waren er dagen waarop u minder onbetaald werk kon doen door uw lichamelijke of psychische problemen?** Het gaat om dagen in de afgelopen 4 weken.

- ☐ Nee  
☐ Ja

Heeft u “Ja” aangekruist? Beantwoord dan vraag 11 en 12.  
Ga anders verder na vraag 12.

**Vraag 11. Op hoeveel dagen was dit zo?** Tel alleen de dagen in de afgelopen 4 weken.

.... dagen

**Vraag 12. Stel dat iemand, bijvoorbeeld uw partner, familielid of een bekende, u op deze dagen had geholpen. En al het onbetaalde werk wat u niet kon doen, voor u had gedaan. Hoeveel uur was die persoon hier op deze dagen dan gemiddeld mee bezig geweest?**

Gemiddeld ..... uur op deze dagen

## Vragen over zorggebruik

### Toelichting

Wij willen graag weten met welke dokters u in de afgelopen 3 maanden een afspraak had. Het gaat om afspraken voor uzelf. Ook andere zorgverleners tellen mee. Bijvoorbeeld de fysiotherapeut.

Welke afspraken tellen mee?

- Controles
- Afspraken omdat u een lichamelijke of psychische klacht had
- Afspraken waarbij de dokter bij u thuis kwam
- Telefonische afspraken
- Telefoontjes met de receptenlijn

Wat telt niet mee?

- Afspraken voor een ander, bijvoorbeeld voor uw kind
- Telefoontjes om een afspraak te maken

Weet u niet precies hoeveel afspraken het waren? Schrijf dan op hoeveel het er ongeveer waren.

**Vraag 1a. Heeft u in de afgelopen 3 maanden afspraken gehad met huisarts of praktijkondersteuner?** Praktijkondersteuner wordt ook wel POH genoemd.

- ☐ Nee  
☐ Ja

Heeft u “Ja” aangekruist? Beantwoord dan vraag 1b.  
Ga anders verder met vraag 2.

**Vraag 1b. Hoeveel afspraken had u in de afgelopen 3 maanden met uw huisarts en/of praktijkondersteuner (POH)?**

- ☐..... afspraken huisarts  
☐..... afspraken praktijkondersteuner (POH)

**Vraag 2. Hoeveel afspraken had u in de afgelopen 3 maanden met een maatschappelijk werker?**

- ☐ Geen enkele afspraak
- ☐ ..... afspraken

**Vraag 3. Hoeveel afspraken had u in de afgelopen 3 maanden met een fysiotherapeut? Of met een caesartherapeut, therapeut mensendieck of een manueel therapeut? Tel alle afspraken met deze therapeuten bij elkaar op.**

- ☐ Geen enkele afspraak
- ☐ ..... afspraken

**Vraag 4. Hoeveel afspraken had u in de afgelopen 3 maanden met een ergotherapeut?**

- ☐ Geen enkele afspraak
- ☐ ..... afspraken

**Vraag 5. Hoeveel afspraken had u in de afgelopen 3 maanden met een logopedist?**

- ☐ Geen enkele afspraak
- ☐ ..... afspraken

**Vraag 6. Hoeveel afspraken had u in de afgelopen 3 maanden met een diëtist?**

- ☐ Geen enkele afspraak
- ☐ ..... afspraken

**Vraag 7. Hoeveel afspraken had u in de afgelopen 3 maanden met een homeopaat? Of met een acupuncturist?** Tel alle afspraken met deze zorgverleners bij elkaar op.

- ☐ Geen enkele afspraak
- ☐ ..... afspraken

**Vraag 8. Hoeveel afspraken had u in de afgelopen 3 maanden met een psycholoog? Of met een psychotherapeut of psychiater?** Tel alle afspraken met deze zorgverleners bij elkaar op.

- ☐ Geen enkele afspraak
- ☐ ..... afspraken

**Vraag 9. Hoeveel afspraken had u in de afgelopen 3 maanden met de bedrijfsarts?**

- ☐ Geen enkele afspraak
- ☐ ..... afspraken

**Vraag 10a. Heeft u in de afgelopen 3 maanden hulp van de thuiszorg gehad?**

- ☐ Nee  
☐ Ja

Heeft u “Ja” aangekruist? Beantwoord dan vraag 10b tot en met 10d.  
Ga anders verder met vraag 11.

**Vraag 10b. Wat voor hulp van de thuiszorg heeft u gehad in de afgelopen 3 maanden?** U kunt meer dan 1 hokje aankruisen.

- ☐ Huishoudelijke hulp  
*voorbeeld: stofzuigen, bed opmaken, boodschappen doen*
- ☐ Verzorging van uzelf  
*voorbeeld: hulp bij douchen of aankleden*
- ☐ Verpleging  
*voorbeeld: verband omdoen, medicijnen geven, bloeddruk meten*

**Vraag 10c. Hoeveel weken heeft u deze thuiszorg gehad?** Tel alle weken in de afgelopen 3 maanden bij elkaar op. *Let op: een periode van 3 maanden telt 13 weken.*

Huishoudelijke hulp: ... weken in de afgelopen 3 maanden

Verzorging van uzelf: ... weken in de afgelopen 3 maanden

Verpleging: ... weken in de afgelopen 3 maanden

**Vraag 10d. Hoeveel uur thuiszorg kreeg u in deze weken gemiddeld?**

Huishoudelijke hulp: gemiddeld ... uur in de week

Verzorging van uzelf: gemiddeld ... uur in de week

Verpleging: gemiddeld ... uur in de week

**Vraag 11a. Heeft u in de afgelopen 3 maanden medicijnen gebruikt?**

- ☐ Nee  
☐ Ja

Heeft u “Ja” aangekruist? Vul dan bij vraag 11b in welke medicijnen en hoeveel.  
Ga anders verder met vraag 12.

**Vraag 11b. Welke medicijnen heeft u in de afgelopen 3 maanden gebruikt?** Met medicijnen bedoelen we alle medicijnen die u hebt gekregen op recept en geneesmiddelen die u hebt gekocht bij de apotheek of de drogist. U ziet eerst drie voorbeelden.

**Let op:** pak de verpakking erbij! Daarop staat hoeveel u per keer moest nemen. En hoe vaak u dat moest doen. **Heeft u meer of minder gebruikt? Vul dan in hoeveel u ook echt gebruikt heeft.**

| <b>Hoe heet het medicijn?</b>                           | <b>Hoeveel heeft u per keer genomen?</b><br><i>Kijk op de verpakking</i> | <b>Hoe vaak op een dag heeft u dit gedaan?</b><br><i>Kijk op de verpakking</i> | <b>Op hoeveel dagen in de afgelopen 3 maanden heeft u het medicijn gebruikt?</b> |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <i>voorbeeld 1</i><br>Metoprolol (tegen hoge bloeddruk) | <i>voorbeeld</i><br>100mg                                                | <i>voorbeeld</i><br>1 keer                                                     | <i>voorbeeld</i><br>90 dagen                                                     |
| <i>voorbeeld 2</i><br>Furosemide (plastabletten)        | <i>voorbeeld</i><br>40 mg                                                | <i>voorbeeld</i><br>1 keer                                                     | <i>voorbeeld</i><br>26 dagen<br>( 2 x per week; 13 weken)                        |
| <i>voorbeeld 3</i><br>Hydrocortison crème               | <i>voorbeeld</i><br>-                                                    | <i>voorbeeld</i><br>1                                                          | <i>voorbeeld</i><br>14 dagen                                                     |
| .....                                                   | .....                                                                    | .....                                                                          | .....                                                                            |
| .....                                                   | .....                                                                    | .....                                                                          | .....                                                                            |
| .....                                                   | .....                                                                    | .....                                                                          | .....                                                                            |
| .....                                                   | .....                                                                    | .....                                                                          | .....                                                                            |
| .....                                                   | .....                                                                    | .....                                                                          | .....                                                                            |
| .....                                                   | .....                                                                    | .....                                                                          | .....                                                                            |
| .....                                                   | .....                                                                    | .....                                                                          | .....                                                                            |
| .....                                                   | .....                                                                    | .....                                                                          | .....                                                                            |
| .....                                                   | .....                                                                    | .....                                                                          | .....                                                                            |

**Vraag 12. Hoe vaak bent u in de afgelopen 3 maanden op de spoedeisende eerste hulp van een ziekenhuis geweest?** Een andere naam voor spoedeisende eerste hulp is EHBO.

- ☐ Geen enkele keer
- ☐ ... keer

**Vraag 13. Hoe vaak bent u in de afgelopen 3 maanden met een ambulance naar het ziekenhuis gebracht?** Een andere naam voor ambulance is ziekenauto.

- ☐ Geen enkele keer
- ☐ ... keer

**Vraag 14a. Had u in de afgelopen 3 maanden een afspraak bij de polikliniek van het ziekenhuis?** Het gaat om afspraken voor uzelf met een dokter. Bijvoorbeeld met de cardioloog, reumatoloog of neuroloog.

- ☐ Nee
- ☐ Ja

Heeft u “Ja” aangekruist? Vul dan bij vraag 14b in bij welke soorten dokters u geweest bent. En hoe vaak. Op de eerste rij staat een voorbeeld. Ga anders verder met vraag 15.

**Vraag 14b. Bij welke soorten dokters bent u in de afgelopen 3 maanden in het ziekenhuis geweest? En hoe vaak?**

| <b><i>Bij welke soort dokter bent u in het ziekenhuis geweest?</i></b> | <b><i>Hoe vaak bent u in de afgelopen 3 maanden bij deze dokter geweest?</i></b> |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <i>voorbeeld</i><br>cardioloog                                         | <i>voorbeeld</i><br>2 keer                                                       |
| .....                                                                  | ... keer                                                                         |
| .....                                                                  | ... keer                                                                         |
| .....                                                                  | ... keer                                                                         |
| .....                                                                  | ... keer                                                                         |
| .....                                                                  | ... keer                                                                         |
| .....                                                                  | ... keer                                                                         |
| .....                                                                  | ... keer                                                                         |

**Vraag 15a. Bent u in de afgelopen 3 maanden overdag in het ziekenhuis geweest voor een behandeling?** U bleef dus niet slapen. U kwam bijvoorbeeld voor een bloedtransfusie, nierdialyse of chemokuur.

- ☐ Nee  
☐ Ja

Heeft u “Ja” aangekruist? Beantwoord dan vraag 15b en 15c.  
Ga anders verder met vraag 16.

**Vraag 15b. Voor welke soort behandeling was dit?** Was dit voor meer dan 1 soort behandeling? Vul dan alle soorten behandelingen in.

Behandeling 1: .....

Behandeling 2: .....

Behandeling 3: .....

**Vraag 15c. Hoeveel keer moest u in de afgelopen 3 maanden voor deze behandelingen naar het ziekenhuis?**

.....keer voor behandeling 1

.....keer voor behandeling 2

.....keer voor behandeling 3

**Vraag 16a. Bent u in de afgelopen 3 maanden ergens anders geweest voor een behandeling overdag?** U bleef dus niet slapen. U ging bijvoorbeeld naar de dagopvang van een woon-/zorgcentrum of een psychiatrische instelling. Of naar de dagbehandeling van een revalidatiecentrum.

☐ Nee

☐ Ja

Heeft u “Ja” aangekruist? Beantwoord dan vraag 16b en 16c.  
Ga anders verder met vraag 17.

**Vraag 16b. Wat voor instelling was dit?** Kruis het goede antwoord aan. U kunt meer dan 1 hokje aankruisen.

☐ Woon-/zorgcentrum

☐ Revalidatiecentrum

☐ Psychiatrische instelling

☐ Een andere instelling, namelijk .....

.....

**Vraag 16c. Hoe vaak moest u hier in de afgelopen 3 maanden naartoe?** Heeft u bij vraag 16b meer dan 1 hokje aangekruist? Vul dan hieronder voor iedere instelling in hoe vaak u er bent geweest.

Naar het woon-/zorgcentrum: ..... keer in de afgelopen 3 maanden

Naar het revalidatiecentrum: ..... keer in de afgelopen 3 maanden

Naar de psychiatrische instelling: ..... keer in de afgelopen 3 maanden

Naar de andere instelling: ..... keer in de afgelopen 3 maanden

**Vraag 17a. Heeft u in de afgelopen 3 maanden weleens in het ziekenhuis gelegen?** U moest dus blijven slapen. Bijvoorbeeld omdat u geopereerd was en niet meteen naar huis kon.

☐ Nee

☐ Ja

Heeft u “Ja” aangekruist? Beantwoord dan vraag 17b en 17c.  
Ga anders verder met vraag 18.

**Vraag 17b. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 3 maanden in het ziekenhuis gelegen?**

..... keer in de afgelopen 3 maanden

**Vraag 17c. Hoe lang heeft u in het ziekenhuis gelegen?** Heeft u meer dan 1 keer in het ziekenhuis gelegen in de afgelopen 3 maanden? Tel dan alle dagen bij elkaar op.

..... dagen in totaal in de afgelopen 3 maanden

**Vraag 18a. Moest u in de afgelopen 3 maanden ergens anders blijven slapen voor uw gezondheid?** Bijvoorbeeld in een woon-/zorgcentrum, psychiatrische instelling of revalidatiecentrum.

- ☐ Nee  
☐ Ja

Heeft u “Ja” aangekruist? Beantwoord dan vraag 18b en 18c.  
Ga anders naar vraag 19.

**Vraag 18b. Wat voor instelling was dit?** U kunt meer dan 1 hokje aankruisen.

- ☐ Woon-/zorgcentrum  
☐ Revalidatiecentrum  
☐ Psychiatrische instelling  
☐ Een andere instelling, namelijk .....

.....

**Vraag 18c. Hoe lang bent u in deze instelling geweest?** Heeft u bij vraag 18b meer dan 1 hokje aangekruist? Vul dan hieronder voor iedere instelling in hoe lang u er bent geweest.

Bent u ergens meer dan 1 keer geweest in de afgelopen 3 maanden? Tel dan alle dagen bij elkaar op.

In het woon-/zorgcentrum: ..... dagen in de afgelopen 3 maanden

In het revalidatiecentrum: ..... dagen in de afgelopen 3 maanden

In de psychiatrische instelling: ..... dagen in de afgelopen 3 maanden

In de andere instelling: ..... dagen in de afgelopen 3 maanden

**Vraag 19a. Heeft u in de afgelopen 3 maanden hulp gekregen van een familielid of een bekende vanwege uw lichamelijke of psychische problemen?**

☐ Nee

☐ Ja

Heeft u “Ja” aangekruist? Beantwoord dan vraag 19b tot en met 19d.  
Ga anders verder met vraag 20.

**Vraag 19b. Wat voor hulp van familieleden of bekenden heeft u gehad in de afgelopen 3 maanden?** U kunt meer dan 1 hokje aankruisen.

☐ Huishoudelijke  
hulp

*voorbeeld: stofzuigen, bed opmaken, boodschappen doen, klaarmaken van eten en drinken, verzorgen van kinderen*

☐ Verzorging van uzelf

*voorbeeld: hulp bij douchen of aankleden, hulp bij het eten en drinken of het geven van medicijnen*

☐ Praktische hulp

*voorbeeld: ondersteuning bij wandelen, het maken van uitstapjes of bezoeken aan bekenden, bezoeken aan de huisarts of het ziekenhuis, het regelen van hulp of het regelen van financiële zaken*

**Vraag 19c. Hoeveel weken heeft u deze hulp gehad?** Tel alle weken in de afgelopen 3 maanden bij elkaar op. *Let op: een periode van 3 maanden telt 13 weken.*

Huishoudelijke hulp:      ... weken in de afgelopen 3 maanden

Verzorging van uzelf:      ... weken in de afgelopen 3 maanden

Praktische hulp:              ... weken in de afgelopen 3 maanden

**Vraag 19d. Hoeveel uur hulp kreeg u in deze weken gemiddeld?**

Huishoudelijke hulp:      gemiddeld ... uur in de week

Verzorging van uzelf:      gemiddeld ... uur in de week

Praktische hulp:              gemiddeld ... uur in de week

**Vraag 20a. Welke wijze van vervoer heeft u gebruikt om van huis naar het ziekenhuis te gaan?**

- ☐ Niet van toepassing
- ☐ Te voet
- ☐ Fiets
- ☐ Auto
  
- ☐ Openbaar vervoer
- ☐ Taxi
- ☐ Anders, namelijk .....

.....

**Vraag 20b. Wat was de enkele reisafstand tussen uw huis en het ziekenhuis?**

Deze afstand bedroeg:      ..... kilometer

**Wat is uw leeftijd?** ..... jaar

**Wat is op dit moment uw burgerlijke status?**

- ☐ Gehuwd / samenwonend
- ☐ Gescheiden / uit elkaar gegaan
- ☐ Alleen wonend, weduwe / weduwnaar / partner overleden
- ☐ Alleen wonend, nooit gehuwd / nooit samenwonend

**Rookt u?**

- ☐ Ja
  - ☐ Aantal sigaretten (per dag):
  - ☐ Aantal sigaren (per dag):
  - ☐ Aantal shagjes (zelfgemaakte sigaretten van shag):
  - ☐ Pijp (aantal keer):
  - ☐ Vape / E-sigaret in aantal sessies per dag (ga ervanuit dat een sessie ongeveer 15 trekjes is of ongeveer 10 minuten duurt):
- ☐ Nee, ik heb nooit gerookt
- ☐ Nee, maar ik heb wel in het verleden gerookt

**Drinkt u alcohol? Leest u eerst de antwoord categorieën door alvorens de vraag te beantwoorden.**

- ☐ Ja
  - ☐ Minder dan 1 keer per maand
  - ☐ 1 tot 3 keer per maand
  - ☐ 1 tot 2 keer per week
  - ☐ 3 tot 4 keer per week
  - ☐ 5 tot 6 keer per week
  - ☐ Dagelijks
- ☐ Ja
  - ☐ Aantal glazen wijn:
  - ☐ Aantal glazen bier:
  - ☐ Aantal glazen sterke drank:
- ☐ Nee, ik heb nooit alcohol gedronken
- ☐ Nee, maar ik heb wel in het verleden alcohol gedronken

**Bent u onder behandeling bij een diëtist?**

- ☐ Ja
- ☐ Nee

**Op dit moment weeg ik ongeveer: ..... kg**

**Hoe lang bent u ongeveer? ..... cm**

**Eén maand geleden woog ik ongeveer: ..... kg**

**Zes maanden geleden woog ik ongeveer: ..... kg**

**De afgelopen twee weken is mijn gewicht**

- ☐ Afgenomen
- ☐ Niet veranderd
- ☐ Toegenomen

**Vergeleken met wat ik normaal eet, beoordeel ik mijn voedselinname van de afgelopen maand als:**

- ☐ Niet veranderd
- ☐ Meer dan gebruikelijk
- ☐ Minder dan gebruikelijk

**Ik heb last gehad van de volgende problemen, waardoor ik niet genoeg kon eten de afgelopen twee weken (alles aankruisen wat van toepassing is):**

- ☐ Geen problemen bij eten
- ☐ Geen eetlust, had geen zin in eten
- ☐ Misselijkheid
- ☐ Verstopping
- ☐ Pijnlijke mond
- ☐ Eten smaakt vreemd / anders of heeft geen smaak
- ☐ Problemen met slikken
- ☐ Overgeven
- ☐ Diarree
- ☐ Droge mond
- ☐ Ik heb last van de etenslucht
- ☐ Ik voel me snel vol
- ☐ Vermoeidheid
- ☐ Pijn
- ☐ Overige

**Ik beoordeel mijn activiteiten van de afgelopen maand over het algemeen als:**

- ☐ Normaal zonder beperkingen
- ☐ Ik ben uit mijn gewone doen, maar ik hoef niet te rusten en ik ben wel bezig met redelijk normale bezigheden
- ☐ Ik heb geen zin in de meeste bezigheden, maar lig minder dan de helft van de dag in bed of op de bank
- ☐ Ik ben in staat tot weinig bezigheden en breng het grootste deel van de dag in bed of op de bank door
- ☐ Ik ben zo ongeveer gekluisterd aan bed, bijna niet uit bed

**We zijn allemaal wel eens somber of angstig. Met de onderstaande vragen willen we graag weten hoe u zich voelt.**

Wilt u met een kruisje aangeven welk antwoord het beste weergeeft hoe u zich de afgelopen week heeft gevoeld?

**H1. Ik voel me gespannen:**

- ☐ Meestal
- ☐ Vaak
- ☐ Af en toe, soms
- ☐ Helemaal niet

**H2. Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot:**

- ☐ Zeker zo veel
- ☐ Niet zoveel als vroeger
- ☐ Weinig
- ☐ Haast helemaal niet

**H3. Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren:**

- ☐ Heel zeker en vrij erg
- ☐ Ja, maar niet zo erg
- ☐ Een beetje, maar ik maak me er geen zorgen over
- ☐ Helemaal niet

**H4. Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien:**

- ☐ Net zoveel als vroeger
- ☐ Niet zo goed als vroeger
- ☐ Beslist niet zoveel als vroeger
- ☐ Helemaal niet

**H5. Ik maak me ongerust:**

- ☐ Heel erg vaak
- ☐ Vaak
- ☐ Af en toe maar niet te vaak
- ☐ Alleen soms

**H6. Ik voel me opgewekt:**

- ☐ Helemaal niet
- ☐ Niet vaak
- ☐ Soms
- ☐ Meestal

**H7. Ik kan rustig zitten en me ontspannen:**

- ☐ Zeker
- ☐ Meestal
- ☐ Niet vaak
- ☐ Helemaal niet

**H8. Ik voel me alsof alles moeizamer gaat:**

- ☐ Bijna altijd
- ☐ Heel vaak
- ☐ Soms
- ☐ Helemaal niet

**H9. Ik krijg een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag:**

- ☐ Helemaal niet
- ☐ Soms
- ☐ Vrij vaak
- ☐ Heel vaak

**H10. Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk:**

- ☐ Zeker
- ☐ Niet meer zoveel als ik zou moeten
- ☐ Waarschijnlijk niet zoveel
- ☐ Evenveel interesse als vroeger

**H11. Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben:**

- ☐ Heel erg
- ☐ Tamelijk veel
- ☐ Niet erg veel
- ☐ Helemaal niet

**H12. Ik verheug me van tevoren al op dingen:**

- ☐ Net zo veel als vroeger
- ☐ Een beetje minder dan vroeger
- ☐ Zeker minder dan vroeger
- ☐ Bijna nooit

**H13. Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst:**

- ☐ Zeer vaak
- ☐ Tamelijk vaak
- ☐ Niet erg vaak
- ☐ Helemaal niet

**H14. Ik kan van een goed boek genieten, of van een radio- of televisieprogramma:**

- ☐ Vaak
- ☐ Soms
- ☐ Niet vaak
- ☐ Heel zelden

**Sommige patiënten denken aan hun ziekte en de mogelijke terugkeer of uitbreiding daarvan.** Graag zouden we willen weten in hoeverre u daaraan denkt. Kruist u het hokje aan dat het meest op u van toepassing is.

**Gedurende de afgelopen week:**

WO1. Hoe vaak heeft u gedacht aan uw kans op terugkeer of verdere uitbreiding van de kanker?

**bijna nooit**

☐

**soms**

☐

**vaak**

☐

**bijna altijd**

☐

WO2. Hoe vaak hebben uw gedachten over uw kans op terugkeer of verdere uitbreiding van de kanker invloed gehad op uw humeur/stemming?

**bijna nooit**

☐

**soms**

☐

**vaak**

☐

**bijna altijd**

☐

WO3. Hoe vaak hebben uw gedachten over uw kans op terugkeer of verdere uitbreiding van de kanker u belemmerd in het uitvoeren van uw dagelijkse activiteiten?

**bijna nooit**

☐

**soms**

☐

**vaak**

☐

**bijna altijd**

☐

WO4. Hoe bezorgd bent u over uw kans op terugkeer of verdere uitbreiding van de kanker?

**helemaal niet**

☐

**een beetje**

☐

**nogal**

☐

**heel erg**

☐

WO5. Hoe vaak heeft u zich zorgen gemaakt over uw kans op terugkeer of verdere uitbreiding van de kanker?

**bijna nooit**

☐

**soms**

☐

**vaak**

☐

**bijna altijd**

☐

WO6. In hoeverre zijn uw gedachten over uw kans op terugkeer of verdere uitbreiding van de kanker een probleem voor u?

**helemaal niet**

☐

**een beetje**

☐

**nogal**

☐

**heel erg**

☐

WO8. Hoe bezorgd bent u over de mogelijkheid dat u niet (meer) behandeld kunt worden?

**helemaal niet**

☐

**een beetje**

☐

**nogal**

☐

**heel erg**

☐

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk dank voor uw deelname. Heeft u tips, opmerkingen of vragen over de vragenlijsten of de PERSuaDER-studie? Dan nodigen wij u graag uit contact op te nemen met het PERSuaDER onderzoeksteam:

Email: [persuader.heel@radboudumc.nl](mailto:persuader.heel@radboudumc.nl)

Telefoon: +31655740313

Nogmaals hartelijk dank voor uw medewerking,

**Heeft u vragen of opmerkingen?** Dan kunt u deze hieronder opschrijven:

Voor deze vragenlijst hebben we gebruik gemaakt van de EORTC OG25, QLQC30, EuroQol-5D-5L, MCQ en PCQ