

MEDISCHE VRAGENLIJST

Alleen in te vullen tijdens uw eerste bezoek.

Het doel van preventieve geneeskunde is gezondheidsproblemen vroegtijdig op te sporen.

De opvolging, (eventuele aanvullende onderzoeken), de definitieve diagnose en de behandeling worden uitgevoerd door uw huisarts. Het is daarom belangrijk dat u een kopie van het dossier, dat u na het onderzoek ontvangt, naar hem/haar stuurt.

Let op: er kunnen geen medicijnen of behandelingen worden voorgeschreven in het kader van een preventief onderzoek.

Naam :
Meisjesnaam :
Voornamen :
Geslacht :
Adres :
Privé telefoonnummer :
Telefoonnummer werk :
E-mail adres :
Geboortedatum :
Nationaliteit :
Werknemer :
Beroep :
Huisarts (naam en adres) :

FAMILIALE VOORGESCHIEDENIS

Houd bij het invullen van de onderstaande tabel rekening met de volgende punten:

Cardiovasculair :

- Myocardinfarct / hartaanval / plotse dood
- Stents of bypassoperatie
- Angina pectoris
- Arteritis (aandoening van de slagaders)
- Cerebrovasculair accident (CVA, beroerte of trombose)
- Hypertensie
- Klepproblemen
- Familiale hypercholesterolemie

Suikerziekte:

- Type 1 diabetes (op jonge leeftijd, insuline-injecties)
- Type 2 diabetes (later in het leven, orale of insuline behandeling)

Kanker :

- Borsten – baarmoeder/eierstokken – prostaat – darmen/colon – longen – maag – melanoom/huid - andere

Glaucome

Graad van verwantschap	Ziekte	Leeftijd bij aanvang
Vader		
Moeder		
Broer 1		
Broer 2		
Zus 1		
Zus 2		
<i>Moederszijde :</i> <i>Grootvader</i> <i>Grootmoeder</i> <i>Oom(s)/Tante(s)</i>		
<i>Vaderszijde :</i> <i>Grootvader</i> <i>Grootmoeder</i>		

Oom(s)/Tante(s)		
-----------------	--	--

PERSOONLIJKE MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

<i>Heeft u geleden aan/ bent u ooit gehospitaliseerd voor een aandoening:</i>	<i>Zo ja, kruis aan</i>	<i>Jaar ?</i>	<i>Details</i>
Hypercholesterolemie	<input type="checkbox"/>		
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>		
Diabetes	<input type="checkbox"/>		
Hartaandoening (infarct, stent, bypass, ritme probleem, klep probleem...)	<input type="checkbox"/>		
Vasculaire aandoening (CVA, TIA, arteritis, spataders...)	<input type="checkbox"/>		
Longaandoening (astma, chronische bronchitis, apneu...)	<input type="checkbox"/>		
Endocrien (diabetes, schildklier...)	<input type="checkbox"/>		
Gastro-intestinaal/digestief (maag, pancreas, peritonitis, darmen, divertikels...)	<input type="checkbox"/>		
Hepatisch (lever, galblaas...)	<input type="checkbox"/>		
Nierproblemen	<input type="checkbox"/>		
Urinewegen (prostaat, blaas, nierstenen...)	<input type="checkbox"/>		
Osteo-articulair en reumatologie (fractuur, ligament-, spier-, gewrichtsletsel)	<input type="checkbox"/>		
Neurologisch (migraine, epilepsie...)	<input type="checkbox"/>		
Oftalmologisch (glaucoom, cataract, macula...)	<input type="checkbox"/>		
NKO (neus, keel, oren)	<input type="checkbox"/>		
Hematologisch/bloedziekten (bloedarmoede, ijzerproblemen, leukemie, lymfoom, thalassemie, monoclonale piek ...)	<input type="checkbox"/>		
Stollingsstoornissen (embolie, trombose, flebitis, hemofilie...)	<input type="checkbox"/>		
Infectieuze aandoeningen of tropische ziekten	<input type="checkbox"/>		
Psychologisch (burn-out, depressie, angstaanvallen...)	<input type="checkbox"/>		
Dermatologisch/huidziekten	<input type="checkbox"/>		
Bent u behandeld voor kanker (chemotherapie, bestraling, hormonen)?	<input type="checkbox"/>		
Heeft u restletsels van een ongeval ?	<input type="checkbox"/>		
Andere :	<input type="checkbox"/>		

PERSOONLIJKE CHIRURGISCHE VOORGESCHIEDENIS

Bent u geopereerd voor een aandoening ? :	Zo ja, kruis aan	Jaar ?	Details
Pulmonair	<input type="checkbox"/>		
NKO (neus, keel, oren)	<input type="checkbox"/>		
Cardio-vasculair (hart, slagaders, aders...)	<input type="checkbox"/>		
Neurologisch	<input type="checkbox"/>		
Gastro-intestinaal (blinde darm, lever, galblaas, poliepen...)	<input type="checkbox"/>		
Nier- of urinewegen (prostaat, blaas...)	<input type="checkbox"/>		
Endocrinologisch (schildklier)	<input type="checkbox"/>		
Orthopedisch of traumatisch	<input type="checkbox"/>		
Oftalmologisch (refractieve chirurgie, cataract, glaucoom...)	<input type="checkbox"/>		
Stomatologisch (wijsheidstanden, kaak...)	<input type="checkbox"/>		
Aangeboren afwijkingen	<input type="checkbox"/>		
Andere :	<input type="checkbox"/>		

GYNAECOLOGISCHE VOORGESCHIEDENIS

Vragen	Antwoorden
Leeftijd van de eerste menstruatie?	
Hoeveel zwangerschappen heeft u gehad (inclusief miskramen en zwangerschapsonderbrekingen)?	
Ziektes tijdens de zwangerschap (hypertensie, eclampsie, diabetes...)?	
Jaar van bevallingen?	
Borstvoeding langer dan 3 maanden?	
Gebruikt u anticonceptie: pil - vaginale ring – implantaat - spiraal zonder hormonen - spiraal met hormonen – sterilisatie – condoom - andere?	
Zijn uw menstruaties pijnlijk – hevig - onregelmatig?	
Datum van uw laatste menstruatie?	
Op welke leeftijd trad uw menopauze in?	
Gebruikt of gebruikte u hormonale substitutietherapie en hoe lang?	
Heeft u geleden aan/ bent u geopereerd geweest aan/ bent u behandeld voor een gynaecologische aandoening of borstaandoening ?	

SCREENINGONDERZOEKEN

Welke screeningstest heeft u ooit gehad voor :	Zo ja, kruis aan	Jaar ?	Resultaaten
Darmkanker : (45+) <ul style="list-style-type: none"> • Een colonoscopie • Onderzoek van bloed in stoelgang (iFobtest – hemoccult) ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Huidkanker : <ul style="list-style-type: none"> • Screening door een dermatoloog ? 	<input type="checkbox"/>		
Cardiovasculaire preventie : (45+) <ul style="list-style-type: none"> • Hartonderzoek? • Inspanningstest? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Longkanker (rokers en ex-rokers 50+) <ul style="list-style-type: none"> • Longfunctieonderzoek door een longarts ? • CT-scan van de longen ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Glaucoom (40+) : <ul style="list-style-type: none"> • Controle van de oogdruk bij een oogarts ? 	<input type="checkbox"/>		
Een onderzoek bij de tandarts ?	<input type="checkbox"/>		
Voor vrouwen :			
Baarmoederhalskanker : <ul style="list-style-type: none"> • Gynaecologisch uitstrijkje • HPV-test 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Borstkanker : (40+) <ul style="list-style-type: none"> • Mammografie • Klinisch borstonderzoek 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Osteoporose : (postmenopauzaal) <ul style="list-style-type: none"> • Botdensitometrie 	<input type="checkbox"/>		
<u>Voor mannen:</u>			
Prostaatkanker : (50+) <ul style="list-style-type: none"> • PSA-waarde • Urologisch onderzoek ? met echografie of MRI ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

ALLERGIEËN - INTOLERANTIES

Heb je last van een van de volgende allergieën/intoleranties?	Zo ja, kruis aan
Intolerantie :	<input type="checkbox"/>
• Lactose	<input type="checkbox"/>
• Gluten	<input type="checkbox"/>
• Heeft u een onderzoek laten uitvoeren om deze intolerantie te bevestigen?	<input type="checkbox"/>
Allergie :	<input type="checkbox"/>
• Medicatie	<input type="checkbox"/>
• Voedsel	<input type="checkbox"/>
• Ademhaling / allergische rhinitis (hooikoorts)	<input type="checkbox"/>
• Huid (insectenbeten, eczeem, netelroos)	<input type="checkbox"/>
• Quincke-oedeem / anafylactische shock	<input type="checkbox"/>
• Heeft u ooit een huid- of bloedtest gedaan voor allergieën?	<input type="checkbox"/>

BEHANDELING EN MEDICATIE

Welke medicijnen neemt u regelmatig ?

Naam	Dosis (mg)	Aantal innames per dag	Sinds wanneer?

Welke medicijnen neemt u af en toe ? Voedingssupplementen ? Vitaminen ?

Naam	Dosis (mg)	Aantal innames per dag	Sinds wanneer?

Denk met name aan :

- Slaapmiddelen – kalmeringsmiddelen - antidepressiva ?
- Medicatie tegen bloeddruk – tegen bloedstolling - medicatie voor het hart – voor cholesterol – voor diabetes?
- Anticonceptie? Behandeling voor de menopauze?
- Oogdruppels?
- Zalven?

<i>Andere soorten behandelingen ?</i>	<i>Zo ja, kruis aan</i>
CPAP of behandeling voor slaapapneu	<input type="checkbox"/>
Gehoorapparaten	<input type="checkbox"/>
Steunkousen – orthopedische inlegzolen	<input type="checkbox"/>
Kinesithérapie – osteopathie	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
Pacemaker	<input type="checkbox"/>

VACCINATIES

Indien mogelijk breng u vaccinatiekaart mee

<i>Type</i>	<i>Datum laatste dosis</i>	<i>Totaal aantal dosissen</i>
Tetanus Difterie Kinkhoest (1x/10j)		
Poliomyelitis		
Griep (65+)		
Pneumokokken (65+)		
Covid (65+)		
Zona (65 ans+)		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Gele koorts		
Mazelen Rodehond Bof		
HPV		
Andere : (Meningitis ACWY – Buiktyfus – Hondsdolheid/Rabies – FSME tekenencefalitis ...)		

LEEFGEWOONTEN

Vragen	Zo ja, kruis aan	Details / Antwoorden
Tabak :		
<ul style="list-style-type: none"> • U heeft nooit gerookt 	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • U bent gestopt met roken in ... <ul style="list-style-type: none"> ○ U heeft gerookt gedurende ... jaar ○ Hoeveel per dag? 	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • U rookt : <ul style="list-style-type: none"> ○ Sigaretten – sigaren/cigarillo's – pijp – roltabak – cannabis – e-sigaretten/vapen - andere ○ Hoeveel per dag? ○ Sinds hoeveel jaar? ○ Bent u ooit gestopt met roken? ○ Heeft u de intentie om te stoppen met roken? ○ Wanneer rookt u uw eerste sigaret na het opstaan? <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 min – 30 min – 60 min - >60 min 	<input type="checkbox"/>	
Gebruikt u drugs of verdovende middelen?	<input type="checkbox"/>	
Lichamelijke activiteiten en sporten:		
<ul style="list-style-type: none"> • Hoe vaak per week doet u minstens : <ul style="list-style-type: none"> ○ 30 min matige fysieke activiteit (wandelen, fietsen, dansen, yoga, tuinieren, ...)? ○ 25 min intensieve fysieke activiteit (fitness, hardlopen, tennis, voetbal, hockey, intensief fietsen, ...)? • Welke activiteiten? 		
Voeding :		
<ul style="list-style-type: none"> • Volgt u een specifiek dieet ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Zonder lactose / gluten ○ Arm aan zout / suiker / cholesterol ○ Vegetarisch / veganistisch 	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Heeft u een dagelijkse calciumbron ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Zuivelproducten ○ Peulvruchten ○ Groene groenten ○ Amandelen en noten ○ Calciumrijk water (Hepar, Contrex, San Pellegrino, ...) 	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Hoe vaak per dag eet u een portie van 100gr fruit en/of groenten? (100gr = ongeveer een appel of een wortel) 		

LEEFGEWOONTEN

Vragen	Zo ja, kruis aan	Details / Antwoorden
Voeding:		
<ul style="list-style-type: none"> • Hoe vaak per week eet u: <ul style="list-style-type: none"> ○ Rood vlees of equivalent (gehakt, varkensvlees, charcuterie,...) ○ Wit vlees - gevogelte ○ Vis – schaaldieren – zeevruchten ○ Eieren ○ Plantaardige eiwitten (peulvruchten, tofu, quinoa, ...) ○ Volkoren granen - zaden 		
<ul style="list-style-type: none"> • Wat is uw dagelijkse vochtinname in liters? <ul style="list-style-type: none"> ○ Water ○ Frisdrank en sap ○ Koffie – thee – Cola - energiedrankjes ○ Andere (soep, melk, ...) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Alcoholische dranken (1 eenheid = 25cl bier, 10cl wijn, 2,5cl drank 40° alcohol): <ul style="list-style-type: none"> ○ Drinkt u meer dan 10 eenheden per week? ○ Observeert u minimaal 2 alcoholvrije dagen per week? ○ Hoe vaak drinkt u meer dan 2 eenheden per dag? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



<https://www.allesoverkanker.be/definities/is-sterkedrank-meer-kankerverwekkend-dan-bier>

ACTUELE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

SLAAP

Vragen	Zo ja, kruis aan	Details		
Heeft u last van slaapstoornissen ? <ul style="list-style-type: none"> Moeite om in slaap te vallen Moeite om door te slapen (vaak wakker worden, te vroeg wakker worden) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Epworth Vragenlijst Slaperigheid : Wat is de kans op in slaap vallen in de volgende 8 situaties?				
Situatie	0 – Geen kans	1 – Kleine kans	2 – Gemiddelde kans	3 – Grote kans
1. Zittend en lezend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Wanneer u naar de televisie kijkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Reizend in een zittende positie, na één uur zonder pauze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Als passagier in een voertuig, in een file of gedurende één uur zonder pauze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Rustig zittend na de lunch zonder alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Gedurende een gesprek met iemand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. In een vergadering of conferentiezaal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Zittend in een rustige plek na activiteit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Score				

CARDIOVASCULAIR EN PULMONAIR STELSEL

<i>Vragen</i>	<i>Zo ja, kruis aan</i>	<i>Opmerkingen</i>
Voelt u een drukkend gevoel of pijn op de borst in rust - bij inspanning - tijdens stress?	<input type="checkbox"/>	
Bent u kortademig in rust of bij inspanning?	<input type="checkbox"/>	
Heeft u last van hartkloppingen?	<input type="checkbox"/>	
Hoest ?	<input type="checkbox"/>	
Slijm? Kleur ?	<input type="checkbox"/>	
Heesheid van de stem?	<input type="checkbox"/>	
Voelt u pijn in uw benen tijdens het stappen? Na welke afstand?	<input type="checkbox"/>	

VERTERINGSSTELSEL

<i>Vragen</i>	<i>Zo ja, kruis aan</i>	<i>Opmerkingen</i>
Heeft u recent een verandering in de frequentie van uw ontlasting opgemerkt?	<input type="checkbox"/>	
Diarree ?	<input type="checkbox"/>	
Obstipatie ?	<input type="checkbox"/>	
Heeft u last van brandend maagzuur in de borst? Hoe vaak?	<input type="checkbox"/>	
Verlies van bloed tijdens of na de ontlasting?	<input type="checkbox"/>	
Recent gewichtsverlies? Hoeveel kg en in welke tijdsperiode?	<input type="checkbox"/>	

URO-GENITAAL STELSEL

Vragen	Zo ja, kruis aan	Opmerkingen
<ul style="list-style-type: none"> • Heeft u bloed in uw urine opgemerkt? • Heeft u urineverlies bij inspanning - hoesten - lachen? • Hoe vaak per nacht moet u opstaan om te plassen? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Voor mannen :

IPSS : International Prostate Score Symptom						
Hoe vaak heeft u de afgelopen maand het volgende ervaren :	Nooit	1 keer op 5	1 keer op 3	1 keer op 2	2 keer op 3	Bijna nooit
Het gevoel dat uw blaas niet volledig leeg is na het plassen	0	1	2	3	4	5
Het gevoel dat je weer moet plassen binnen de 2 uur na de laatste keer	0	1	2	3	4	5
Onderbreking van de urinestraal	0	1	2	3	4	5
Moeite met het ophouden van urine na aandrang	0	1	2	3	4	5
Verminderde kracht van de urinestraal	0	1	2	3	4	5
Duwen of persen om te kunnen plassen	0	1	2	3	4	5
	Nooit	1 keer	2 keer	3 keer	4 keer	5 keer
Hoe vaak moet u 's nachts opstaan om te plassen?	0	1	2	3	4	5
TOTAL IPSS :						

- 0 – 7 = mild
- 8 – 19 = matig
- 20 – 35 = ernstig

Kwaliteit van leven met betrekking tot urinaire symptomen							
Omcirkel het antwoord dat voor u geschikt is	Zeer tevreden	Tevreden	Eerder tevreden	Neutraal	Eerder ontevreden	Ontevreden	Zeer ontevreden
Als u de rest van uw leven met deze manier van plassen zou moeten leven, hoe zou u zich voelen?	0	1	2	3	4	5	6

NEUROLOGISCH STELSEL

Vragen	Zo ja, kruis aan	Opmerkingen
Heeft u onverklaarbare bewustzijnsverlies?	<input type="checkbox"/>	
Heeft u last van hoofdpijn? <ul style="list-style-type: none"> • Frequentie per dag - week - maand? • Plotselinge verschijning of bekende aandoening? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

MUSCOSKELETAAL STELSEL

Vragen	Zo ja, kruis aan	Opmerkingen
Heeft u rugpijn? Boven-, midden-, en/of onderrug?	<input type="checkbox"/>	
Heeft u last van e/of pijn aan andere gewrichten?	<input type="checkbox"/>	
Heeft u gezwollen gewrichten? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/>	
Heeft u onderzoeken ondergaan voor deze klachten (röntgen, CT-scan, MRI, echo)?	<input type="checkbox"/>	

NKO

Vragen	Zo ja, kruis aan	Opmerkingen
Heeft u last van tinnitus (oorsuizen)? <ul style="list-style-type: none"> • Sinds wanneer? • Heeft u ooit een onderzoek naar tinnitus ondergaan? 	<input type="checkbox"/>	
Merkt u gehoorproblemen?	<input type="checkbox"/>	

DERMATOLOGIE

Vragen	Zo ja, kruis aan	Opmerkingen
Wordt u regelmatig gevolgd door een dermatoloog? Hoe vaak?	<input type="checkbox"/>	
Heeft u huidproblemen?	<input type="checkbox"/>	
Heeft u een moedervlek of geboortevlek die recent is verschenen of die recent veranderd is van kleur/uitzicht?	<input type="checkbox"/>	
Heeft u huiduitslag, jeuk?	<input type="checkbox"/>	

OOGHEELKUNDE

Vragen	Zo ja, kruis aan	Opmerkingen
Heeft u last van: <ul style="list-style-type: none"> Bijziendheid (probleem met ver zien)? Verziendheid (probleem met dichtbij zien)? Presbyopie (problemen met dichtbij zien na 40 jaar)? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Heeft u een oogziekte?	<input type="checkbox"/>	
Heeft u verhoogde oogdruk of een glaucoom bekend/in behandeling?	<input type="checkbox"/>	

HEMATOLOGISCH EN IMMUUN STELSEL

Vragen	Zo ja, kruis aan	Opmerkingen
Heeft u ooit last gehad van ijzertekort of bloedarmoede?	<input type="checkbox"/>	
Heeft u een probleem met bloedstolling?	<input type="checkbox"/>	

STRESS (PROFESSIONEEL EN/OF PRIVE)

Vragen	Zo ja, kruis aan	Opmerkingen
Wat is de oorzaak van uw stress ? <ul style="list-style-type: none"> Professioneel gerelateerd aan werkdruk? Professioneel gerelateerd aan relaties met collega's? Privé? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Heeft u het gevoel dat uw huidige stressniveau onder controle is?	<input type="checkbox"/>	
Heeft u het gevoel dat stress uw: <ul style="list-style-type: none"> Slaap beïnvloedt? Concentratie/geheugen beïnvloedt? Stemming/angst/irritatie beïnvloedt? Energie voor activiteiten na het werk beïnvloedt? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Heeft u psychologische begeleiding ?	<input type="checkbox"/>	

Vul de volgende vragenlijst in:

Graad van stressperceptie (PSS 10)

Deze test is het meest gebruikte en eenvoudige instrument om de perceptie van eenieder ten opzichte van stress te evalueren. Het resultaat heeft in geen enkel geval de waarde van een medische diagnose. Deze test laat toe om bepaalde inlichtingen te vergaren om zo enige aspecten van uw privé of zakelijke leven te wijzigen en indien nodig medische of psychotherapeutische hulp te zoeken.

Deze test mag u niet veel tijd vergen. Antwoord vlug en zo spontaan mogelijk. De vragen gaan over uw gevoelens van de afgelopen maand.

Vink het vakje aan dat het best overeenkomt met uw ervaring of gedachte gedurende de laatste maand	Nooit	Bijna nooit	Soms	Vrij vaak	Heel vaak
1. Hoe vaak bent u de voorbije maand overstuur geweest door iets dat onverwacht gebeurde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hoe vaak hebt u de voorbije maand gevoeld dat u niet in staat was de belangrijke dingen in uw leven te controleren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hoe vaak hebt u zich in de voorbije maand zenuwachtig en gestresseerd gevoeld?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hoe vaak hebt u zich de voorbije maand zelfverzekerd gevoeld over uw mogelijkheid om uw persoonlijke problemen aan te pakken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Hoe vaak hebt u de voorbije maand gevoeld dat het goed met u ging?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hoe vaak vond u de voorbije maand dat u het hoofd niet kon bieden aan al de dingen die u moest doen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Hoe vaak kon u de voorbije maand ergernissen in uw leven onder controle houden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hoe vaak had u de voorbije maand het gevoel dat u de dingen onder controle had?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Hoe vaak bent u de voorbije maand boos geworden door zaken die gebeurden en waar u zelf niets kon aan doen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Hoe vaak hebt u de voorbije maand gevoeld dat problemen zich zo sterk opstapelden, dat u ze niet meer te boven kon komen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>