

Door gezinsleden gerapporteerde uitkomstmaten (FROM-16)[©] Vertrouwelijk

De volgende vragen gaan over hoe **uw** leven **op dit moment** wordt beïnvloed door de aandoening van uw gezinslid.

Duid bij elk van de volgende 16 vragen één vakje aan.

Beantwoord de volgende vragen:

Uw leeftijd: ____

Uw geslacht: man/vrouw

Uw relatie tot de patiënt: _____

Diagnose van de patiënt: _____

Deel 1: Emotioneel

Door de aandoening van mijn gezinslid ...

Helemaal niet Een beetje Veel

1.	voel ik me bezorgd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	voel ik me boos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	voel ik me verdrietig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	voel ik me gefrustreerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	is het moeilijk iemand te vinden met wie ik kan praten over wat er door mijn hoofd gaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	is het moeilijk om voor mijn gezinslid te zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deel 2: Persoonlijk en sociaal leven

De aandoening van mijn gezinslid ...

Helemaal niet Een beetje Veel

7.	maakt het moeilijk om tijd voor mezelf te vinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	is van invloed op mijn dagelijkse verplaatsingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	is van invloed op mijn eetgewoonten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	is van invloed op mijn gezinsactiviteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	maakt dat ik problemen heb om op vakantie te gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	is van invloed op mijn seksleven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	is van invloed op mijn werk of studie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	is van invloed op mijn relaties met andere gezinsleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	maakt dat mijn gezinsuitgaven hoger zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	is van invloed op mijn slaap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Controleer of u elke vraag hebt beantwoord. Dank u wel.

Uitsluitend voor gebruik in praktijken Score voor deel 1 (op 12): ____ Score voor deel 2 (op 20): ____ Totale score (op 32): ____