

# Door gezinsleden gerapporteerde uitkomstmaten (FROM-16)<sup>©</sup> 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): \_\_\_\_