

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.

Vink 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 over mijn gedachten kan praten	<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. zorgt ervoor dat ik moeilijk tijd voor mezelf kan vinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. is van invloed op mijn dagelijkse reizen	<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. zorgt ervoor dat ik problemen ervaar met op vakantie 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. zorgt ervoor 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

Score voor deel 1 (max. 12): _____

Score voor deel 2 (max. 20): _____

Totale score (max. 32): _____

gebruik in praktijken