

QOL - B12Kliniek

Datum invullen formulier: ____ - ____ - _____

Studienummer: |_|_|_|_|_|

Patiëntnummer:

Patiëntnaam:

Woonplaats:

Geboortedatum:

Algemene gegevens

Heeft u het afgelopen jaar vitamine B12 gebruikt?

Nee / Ja

Voor de hoeveelste keer vult u deze enquête in?

Voor de _____^e keer

Persoonsgegevens

Uw geslacht:

- Man
- Vrouw

Uw lengte in centimeters: _____ cm

Uw gewicht in kilogram: _____ kg

Uw natuurlijke haarkleur: _____

Uw oogkleur: _____

Medische gegevens

Welke vitamine B12 injecties gebruikt u?

- Geen
- Centrafarm (hydroxocobalamine)
- Takeda (hydroxocobalamine)
- Methylcobalamine/adenosylcobalamine

Hoe vaak gebruikt u vitamine B12?

- Niet
- 1x per week
- 2x per week
- 3x per week
- 4x per week
- 5x per week
- 1x per 2 weken
- 1x per 3 weken
- 1x per 4 weken
- 1x per 5 weken
- 1x per 6 weken
- 1x per 8 weken
- Anders, namelijk _____

Wat is uw laagst gemeten vitamine B12 niveau?

Kies het antwoord dat aansluit bij uw huidige situatie door “nee”, “redelijk”, “ja” of “heel erg” te omcirkelen.

1. Heeft u moeite met het doen van inspannende activiteiten zoals het dragen van een zware boodschappentas of huishoudelijk werk?

Nee Redelijk Ja Heel erg

2. Heeft u moeite met het maken van een lange wandeling?

Nee Redelijk Ja Heel erg

3. Heeft u moeite met het maken van een korte wandeling buitenshuis?

Nee Redelijk Ja Heel erg

4. Moet u overdag in bed of op een stoel blijven?

Nee Redelijk Ja Heel erg

5. Heeft u hulp nodig met eten, aankleden, uzelf wassen of naar het toilet gaan?

Nee Redelijk Ja Heel erg

De volgende vragen hebben betrekking op de afgelopen week

6. Was u beperkt in uw hobby's of bij bezigheden in uw vrije tijd, zoals sport?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
7. Was u kortademig?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
8. Had u behoefte om te rusten?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
9. Heeft u moeite met slapen gehad?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
10. Heeft u zich slap gevoeld?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
11. Heeft u gebrek aan eetlust gehad?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
12. Heeft u zich misselijk gevoeld?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
13. Heeft u last van obstipatie/verstopping?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
14. Had u diarree?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
15. Was u moe?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
16. Voelde u zich prikkelbaar?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
17. Voelde u zich neerslachtig?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
18. Voelde u zich duizelig?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
19. Heeft u last van kouwelijkheid?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
20. Heeft uw lichamelijke toestand uw familielevens in de weg gestaan?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
21. Heeft uw lichamelijke toestand u belemmerd in uw sociale leven?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
22. Heeft uw lichamelijke toestand financiële problemen gegeven?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
23. Heeft u pijn in uw gewrichten gehad?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
24. Heeft u pijn in uw spieren gehad?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
25. Heeft u tintelende handen of voeten?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
26. Kunt u moeilijk uit uw woorden komen?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
27. Bent u bezorgd om uw gezondheid?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
28. Voelt u zich emotioneel?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg
29. Voelt u zich depressief?	Nee	Redelijk	Ja	Heel erg

Kies het cijfer dat aansluit bij uw huidige situatie door één van de zeven cijfers te omcirkelen

1 betekend slecht en 7 betekend goed

Slecht

Goed

30. Hoe zou u uw algemene gezondheid gedurende de afgelopen week beoordelen?

1 2 3 4 5 6 7

31. Hoe zou u uw algemene conditie gedurende de afgelopen week beoordelen?

1 2 3 4 5 6 7

32. Hoe zou u uw geheugen gedurende de afgelopen week beoordelen?

1 2 3 4 5 6 7

33. Hoe zou u uw concentratie gedurende de afgelopen week beoordelen?

1 2 3 4 5 6 7

34. Hoe zou u uw algemene kwaliteit van leven gedurende de afgelopen week beoordelen?

1 2 3 4 5 6 7

Kies het antwoord dat aansluit bij uw huidige situatie

Omcirkel het juiste antwoord en vul deze, indien nodig, zelf aan

35. Welke andere medicijnen/vitamines gebruikt u op dit moment?

36. Heeft u bijwerkingen ondervonden van de vitamine B12 injecties? Zo ja, welke bijwerkingen ondervindt u?

Nee / Ja

37. Zijn deze bijwerkingen na verloop van tijd overgegaan? Nee / Ja
38. Heeft u kinderen? Nee / Ja
39. Had/Heeft u moeite met zwanger worden? Nee / Ja
40. Heeft u een speciale hormoonbehandeling of ivf gekregen? Nee / Ja
41. Is uw kind te vroeg geboren? Nee / Ja
42. Hebben één of meer familieleden ook een tekort aan vitamine B12? Nee / Ja
43. Hebben één of meer familieleden schildklierproblemen? Nee / Ja
44. Hebben één of meer familieleden diabetes? Nee / Ja
45. Had u als kind bloedarmoede/vitamine B12 tekort? Nee / Ja
46. Bent u daar voor behandeld? Nee / Ja

Kies het antwoord dat aansluit bij uw huidige situatie

Omcirkel het juiste antwoord en vul deze, indien nodig, zelf aan

47. Hoelang heeft / had u al klachten voordat de diagnose van een vitamine B12 tekort werd gesteld?
- 0 tot 3 maanden
 - 3 maanden tot ½ jaar
 - ½ jaar tot 1 jaar
 - 1 jaar tot 2 jaar
 - 2 jaar tot 3 jaar
 - 3 jaar tot 5 jaar
 - Langer dan 5 jaar, namelijk _____
48. In welk jaargetijde heeft u meer last van uw klachten?
- Winter
 - Zomer
 - Beide
 - Niet van toepassing
49. Injecteert u zelf? Nee / Ja
50. Zou u dit willen leren? Nee / Ja

51. Gebruikt u vitamine B12 in pilvorm?

Nee / Ja

- Zo ja, welke vitamine B12 pil gebruikt u?
- Zo ja, wat is de reden voor het gebruik van vitamine B12 in pilvorm?

52. Heeft u meerdere artsen bezocht met klachten gerelateerd aan een vitamine B12 tekort voordat de aandoening daadwerkelijk werd vastgesteld?

Nee / Ja:

- HuisartsX
- Psycholoog/PsychiaterX
- InternistX
- NeuroloogX
- Maag Darm LeverX
- CardioloogX
- Longarts
- Anders, namelijk _____

Uw mening telt

53. Wat denkt u wat er verder heeft bijgedragen ter verbetering van uw gezondheid?

54. Wat zou u verbeterd willen zien aan de diagnose/behandeling van vitamine B12 tekort?

55. Wat vindt u goed gaan ten aanzien van de diagnose/behandeling van vitamine B12?
