

# HOOS-PS

## Vragenformulier voor heuppatiënten

Datum: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_

### Instructies;

Deze vragenlijst vraagt naar uw mening over uw heup. Deze informatie helpt ons na te gaan hoe goed u in staat bent om uw normale dagelijkse activiteiten en recreatieve/sportactiviteiten uit te voeren.

Beantwoord elke vraag door één hokje aan te kruisen. Wanneer u twijfelt over de beantwoording van een vraag, kruis dan de best mogelijke optie aan.

Wilt u voor elk van de onderstaande activiteiten aangeven hoeveel moeite u de afgelopen week heeft ervaren tijdens deze activiteiten vanwege uw heup.

#### 1. Trap aflopen

Geen	Gering	Matig	Veel	Erg veel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2. In / uit bad of douche gaan

Geen	Gering	Matig	Veel	Erg veel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3. Zitten

Geen	Gering	Matig	Veel	Erg veel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4. Hardlopen

Geen	Gering	Matig	Veel	Erg veel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 5. Draaien op een belast been

Geen	Gering	Matig	Veel	Erg veel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>