

KOOS 12 – SPØRRESKJEMA FOR KNEPASIENTER

DATO: ____/____/____ FØDSELSNR. (11 siffer): _____

NAVN: _____

Veiledning: Dette spørreskjemaet inneholder spørsmål om hvordan du opplever kneet ditt. Informasjonen vil hjelpe oss til å følge med i hvordan du har det og fungerer i ditt daglige liv. Besvar spørsmålene ved å krysse av for det alternativ du synes passer best for deg (kun ett kryss ved hvert spørsmål). Hvis du er usikker, kryss likevel av for det alternativet som føles mest riktig.

Smerte

1. Hvor ofte har du vondt i kneet?

Aldri	Månedlig	Ukentlig	Daglig	Hele tiden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilken grad av smerte har du hatt i kneet ditt den **siste uken** ved følgende aktiviteter?

2. Gå på flatt underlag

Ingen	Lett	Moderat	Betydelig	Svært stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Gå opp eller ned trapper

Ingen	Lett	Moderat	Betydelig	Svært stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Sittende eller liggende

Ingen	Lett	Moderat	Betydelig	Svært stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funksjon i hverdagen

De neste spørsmål handler om din fysiske funksjon. **Angi graden av vanskeligheter du har opplevd den siste uken ved følgende aktiviteter på grunn av dine kneproblemer.**

5. Reise deg fra sittende stilling

Ingen	Lett	Moderat	Betydelig	Svært stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Stå stille

Ingen	Lett	Moderat	Betydelig	Svært stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Gå inn/ut av bil

Ingen

Lett

Moderat

Betydelig

Svært stor

8. Snu/vende på belastet kne

Ingen

Lett

Moderat

Betydelig

Svært stor

Livskvalitet

9. Hvor ofte gjør ditt kneproblem seg bemerket?

Aldri

Månedlig

Ukentlig

Daglig

Alltid

10. Har du forandret levesett for å unngå å overbelaste kneet?

Ingenting

Noe

Moderat

Betydelig

Fullstendig

11. I hvor stor grad kan du stole på kneet ditt?

Fullstendig

I stor grad

Moderat

Til en viss
grad

Ikke i det
hele tatt

12. Generelt sett, hvor store problemer har du med kneet ditt?

Ingen

Lette

Moderate

Betydelige

Svært store

TAKK FOR AT DU TOK DEG TID OG BESVARTE SAMTLIGE SPØRSMÅL!