

3. Maand 3-9-15-21 (België)

H. Visit

1. Betreft visit	<input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Week 1-4 <input type="checkbox"/> Maand 3 <input type="checkbox"/> Maand 6 <input type="checkbox"/> Maand 9 <input type="checkbox"/> Maand 12 <input type="checkbox"/> Maand 15 <input type="checkbox"/> Maand 18 <input type="checkbox"/> Maand 21 <input type="checkbox"/> Maand 24										
2. Datum visit	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">dd</td> <td></td> <td style="text-align: center;">mm</td> <td></td> <td style="text-align: center;">yyyy</td> </tr> </table>		/		/		dd		mm		yyyy
	/		/								
dd		mm		yyyy							

I. Patiënt informatie

1. Initialen patiënt (1e letter 1e voornaam, 1e en 2e letter achternaam)											
2. Geboortedatum	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">dd</td> <td></td> <td style="text-align: center;">mm</td> <td></td> <td style="text-align: center;">yyyy</td> </tr> </table>		/		/		dd		mm		yyyy
	/		/								
dd		mm		yyyy							

J. Gestopt met studie in afgelopen 3 maanden

1. Gestopt met deelname aan studie in afgelopen periode (=vanaf vorige visit tot huidige visit)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee																																				
• 1a. Indien 'Gestopt', reden van stoppen	markeer voor <i>elke</i> optie J(ja), N(neen) of ?(onbekend) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">J</th> <th style="width: 10%;">N</th> <th style="width: 10%;">?</th> <th style="width: 70%;">optie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td>Lost to follow-up</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td>(Serious) Adverse Event</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td>Non compliant</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td>Patiënt getransplanteerd</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td>Intrekken toestemming</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td>Patiënt overleden</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td>Beslissing onderzoeker</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td>Anders</td> </tr> </tbody> </table>	J	N	?	optie				Lost to follow-up				(Serious) Adverse Event				Non compliant				Patiënt getransplanteerd				Intrekken toestemming				Patiënt overleden				Beslissing onderzoeker				Anders
J	N	?	optie																																		
			Lost to follow-up																																		
			(Serious) Adverse Event																																		
			Non compliant																																		
			Patiënt getransplanteerd																																		
			Intrekken toestemming																																		
			Patiënt overleden																																		
			Beslissing onderzoeker																																		
			Anders																																		
• 1b. Indien 'Intrekken toestemming', datum	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">dd</td> <td></td> <td style="text-align: center;">mm</td> <td></td> <td style="text-align: center;">yyyy</td> </tr> </table>		/		/		dd		mm		yyyy																										
	/		/																																		
dd		mm		yyyy																																	
• 1c. Indien '(S)AE', datum (S)AE	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">dd</td> <td></td> <td style="text-align: center;">mm</td> <td></td> <td style="text-align: center;">yyyy</td> </tr> </table>		/		/		dd		mm		yyyy																										
	/		/																																		
dd		mm		yyyy																																	
• 1d. Indien 'Patiënt overleden', datum overlijden	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">dd</td> <td></td> <td style="text-align: center;">mm</td> <td></td> <td style="text-align: center;">yyyy</td> </tr> </table>		/		/		dd		mm		yyyy																										
	/		/																																		
dd		mm		yyyy																																	
• 1e. Indien 'Patiënt getransplanteerd', datum transplantatie	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">dd</td> <td></td> <td style="text-align: center;">mm</td> <td></td> <td style="text-align: center;">yyyy</td> </tr> </table>		/		/		dd		mm		yyyy																										
	/		/																																		
dd		mm		yyyy																																	
2. Datum laatste contact/controlé	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">dd</td> <td></td> <td style="text-align: center;">mm</td> <td></td> <td style="text-align: center;">yyyy</td> </tr> </table>		/		/		dd		mm		yyyy																										
	/		/																																		
dd		mm		yyyy																																	

Center-Patiëntnummer: _ _ _ - _ _ _ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

N. Wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgel. 3 mndn																	
1. Een wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgelopen 3 mndn?	<input type="checkbox"/> Geen wijziging (Ga naar vraag O.1.) <input type="checkbox"/> Ja, stop bestaande medicatie <input type="checkbox"/> Ja, dosisverandering bestaande medicatie <input type="checkbox"/> Ja, start nieuwe medicatie <input type="checkbox"/> Onbekend																
• 1a. Indien wijziging, datum wijziging	<table border="1"> <tr> <td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>dd</td><td></td><td>mm</td><td></td><td>yyyy</td><td colspan="3"></td> </tr> </table>		/		/					dd		mm		yyyy			
	/		/														
dd		mm		yyyy													
• 1b. Indien wijziging, naam medicatie	<input type="checkbox"/> Furosemide <input type="checkbox"/> Spironolacton <input type="checkbox"/> Eplerenon <input type="checkbox"/> Bumetanide <input type="checkbox"/> Hydrochloorthiazide <input type="checkbox"/> Fytomenadion <input type="checkbox"/> Norfloxacin <input type="checkbox"/> Lactulose <input type="checkbox"/> Orale antistolling <input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Anders																
◦ 1b1. Indien 'Naam medicatie' is 'Anders', 'NSAID' of 'Orale antistolling', specificieer	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																
• 1c. Indien wijziging betreft 'Start medicatie'/'Wijziging dosering', wijze van toediening	<input type="checkbox"/> Oraal <input type="checkbox"/> Intraveneus <input type="checkbox"/> Rectaal <input type="checkbox"/> Inhalatie <input type="checkbox"/> Druppels <input type="checkbox"/> Spray <input type="checkbox"/> Anders, nl..... <input type="checkbox"/> Onbekend																
• 1e. Indien wijziging betreft 'Start medicatie' of 'Wijziging dosering', totale dosis/dag (ook eenheid vermelden)	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																

Center-Patiëntnummer: _ _ _ - _ _ _ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

N. Wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgel. 3 mndn																	
2. Nog een wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgelopen 3 mndn?	<input type="checkbox"/> Geen wijziging (Ga naar vraag O.1.) <input type="checkbox"/> Ja, stop bestaande medicatie <input type="checkbox"/> Ja, dosisverandering bestaande medicatie <input type="checkbox"/> Ja, start nieuwe medicatie <input type="checkbox"/> Onbekend																
• 2a. Indien wijziging, datum wijziging	<table border="1"> <tr> <td></td><td>/</td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>dd</td><td></td><td>mm</td><td></td><td>yyyy</td><td colspan="3"></td> </tr> </table>		/		/					dd		mm		yyyy			
	/		/														
dd		mm		yyyy													
• 2b. Indien wijziging, naam medicatie	<input type="checkbox"/> Furosemide <input type="checkbox"/> Spironolacton <input type="checkbox"/> Eplerenon <input type="checkbox"/> Bumetanide <input type="checkbox"/> Hydrochloorthiazide <input type="checkbox"/> Fytomenadion <input type="checkbox"/> Norfloxacin <input type="checkbox"/> Lactulose <input type="checkbox"/> Orale antistolling <input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Anders																
◦ 2b.1.. Indien 'Naam medicatie' is 'Anders', 'NSAID' of 'Orale antistolling', specificieer	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																
• 2c. Indien wijziging betreft 'Start medicatie'/'Wijziging dosering', wijze van toediening	<input type="checkbox"/> Oraal <input type="checkbox"/> Intraveneus <input type="checkbox"/> Rectaal <input type="checkbox"/> Inhalatie <input type="checkbox"/> Druppels <input type="checkbox"/> Spray <input type="checkbox"/> Anders, nl..... <input type="checkbox"/> Onbekend																
• 2e. Indien wijziging betreft 'Start medicatie' of 'Wijziging dosering', totale dosis/dag (ook eenheid vermelden)	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																

Center-Patiëntnummer: _ _ _ - _ _ _ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

N. Wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgel. 3 mndn																					
3. Nog een wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgelopen 3 mndn?	<input type="checkbox"/> Geen wijziging (Ga naar vraag O.1.) <input type="checkbox"/> Ja, stop bestaande medicatie <input type="checkbox"/> Ja, dosisverandering bestaande medicatie <input type="checkbox"/> Ja, start nieuwe medicatie <input type="checkbox"/> Onbekend																				
• 3a. Indien wijziging, datum wijziging	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>dd</td><td></td><td>/</td><td>mm</td><td></td><td>/</td><td>yyyy</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			/			/					dd		/	mm		/	yyyy			
		/			/																
dd		/	mm		/	yyyy															
• 3b. Indien wijziging, naam medicatie	<input type="checkbox"/> Furosemide <input type="checkbox"/> Spironolacton <input type="checkbox"/> Eplerenon <input type="checkbox"/> Bumetanide <input type="checkbox"/> Hydrochloorthiazide <input type="checkbox"/> Fytomenadion <input type="checkbox"/> Norfloxacin <input type="checkbox"/> Lactulose <input type="checkbox"/> Orale antistolling <input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Anders																				
◦ 3b.1. Indien 'Naam medicatie' is 'Anders', 'NSAID' of 'Orale antistolling', specificieer	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																				
• 3c. Indien wijziging betreft 'Start medicatie'/'Wijziging dosering', wijze van toediening	<input type="checkbox"/> Oraal <input type="checkbox"/> Intraveneus <input type="checkbox"/> Rectaal <input type="checkbox"/> Inhalatie <input type="checkbox"/> Druppels <input type="checkbox"/> Spray <input type="checkbox"/> Anders, nl..... <input type="checkbox"/> Onbekend																				
• 3e. Indien wijziging betreft 'Start medicatie' of 'Wijziging dosering', totale dosis/dag (ook eenheid vermelden)	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																				

Center-Patiëntnummer: _ _ _ - _ _ _ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

N. Wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgel. 3 mndn																					
4. Nog een wijziging in medicatie (geen propranolol) in afgelopen 3 mndn?	<input type="checkbox"/> Geen wijziging (Ga naar vraag O.1.) <input type="checkbox"/> Ja, stop bestaande medicatie <input type="checkbox"/> Ja, dosisverandering bestaande medicatie <input type="checkbox"/> Ja, start nieuwe medicatie <input type="checkbox"/> Onbekend																				
• 4a. Indien wijziging, datum wijziging	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>dd</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>yyyy</td> </tr> </table>			/			/					dd									yyyy
		/			/																
dd									yyyy												
• 4b. Indien wijziging, naam medicatie	<input type="checkbox"/> Furosemide <input type="checkbox"/> Spironolacton <input type="checkbox"/> Eplerenon <input type="checkbox"/> Bumetanide <input type="checkbox"/> Hydrochloorthiazide <input type="checkbox"/> Fytomenadion <input type="checkbox"/> Norfloxacin <input type="checkbox"/> Lactulose <input type="checkbox"/> Orale antistolling <input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Anders																				
◦ 4b.1. Indien 'Naam medicatie' is 'Anders', 'NSAID' of 'Orale antistolling', specificieer	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																				
• 4c. Indien wijziging betreft 'Start medicatie'/'Wijziging dosering', wijze van toediening?	<input type="checkbox"/> Oraal <input type="checkbox"/> Intraveneus <input type="checkbox"/> Rectaal <input type="checkbox"/> Inhalatie <input type="checkbox"/> Druppels <input type="checkbox"/> Spray <input type="checkbox"/> Anders, nl..... <input type="checkbox"/> Onbekend																				
• 4e. Indien wijziging betreft 'Start medicatie' of 'Wijziging dosering', totale dosis/dag (ook eenheid vermelden)	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																				
Voor meer wijzigingen in medicatie, maak gebruik van het kopieerblad - Wijziging in medicatie (Bijlage 3).	<input type="checkbox"/>																				

Center-Patiëntnummer: ___ - ___ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

O. Gastroscopieën in de afgelopen 3 maanden

1. Hoeveel gastroscopieën in de afgelopen 3 maanden?

 ...of...
 Onbekend

Indien er gastroscopieën zijn verricht, vul voor elke gastroscopie een Gastroscopie-formulier in.

P. Complicaties in de afgelopen 3 maanden

1. Complicaties sinds vorige bezoek volgens protocol?

 Ja
 Nee
 Onbekend

Indien complicatie(s) vul voor elke complicatie een AE formulier in.

Q1. Laboratoriumonderzoek

1. Datum laboratoriumonderzoek

 / /
 dd / mm / yyyy

2. Hb (België) (g/dL)

 ...of...
 Onbekend
3. Trombocyten ($\times 10^9/L$)
 ...of...
 Onbekend

4. INR

 ...of...
 Onbekend

5. Protrombinetijd (s)

 ...of...
 Onbekend

6. Na (mmol/L)

 ...of...
 Onbekend

7. Creatinine (België) (mg/dL)

 ...of...
 Onbekend

8. Wordt de patiënt gedialyseerd?

 Ja
 Nee
 Onbekend

- 8a. Indien 'Ja', hoeveel vaak per week?

 ...of...
 Onbekend

9. Ureum (België) (mg/dL)

 ...of...
 Onbekend

10. Bilirubine (België) (mg/dL)

 ...of...
 Onbekend

11. Alkalische Fosfatase (U/L)

 ...of...
 Onbekend

12. GGT (U/L)

 ...of...
 Onbekend

13. ASAT (U/L)

 ...of...
 Onbekend

14. ALAT (U/L)

 ...of...
 Onbekend

Center-Patiëntnummer: _ _ _ - _ _ _ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

T1. Bezoek polikliniek/SEH in het kader van bloeding/behandeling

- | | | | |
|---|----------------------|----------|-----------------------------------|
| 1. Poliklinisch consult in kader van bloeding/behandeling: aantal malen | <input type="text"/> | ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 2. Bezoek spoedeisende hulp: aantal malen | <input type="text"/> | ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |

T2. Opname in het kader van bloeding/behandeling

- | | | | |
|--|----------------------|----------|-----------------------------------|
| 1. Opname ziekenhuis: aantal dagen | <input type="text"/> | ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 2. Opname IC/MC: aantal dagen | <input type="text"/> | ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 3. Opname verpleegafdeling: aantal dagen | <input type="text"/> | ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 4. Opname verpleeghuis: aantal dagen | <input type="text"/> | ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 5. Opname verzorgingshuis: aantal dagen | <input type="text"/> | ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 6. Opname revalidatiecentrum: aantal dagen | <input type="text"/> | ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |

T3. Dagbehandeling in het kader van bloeding/behandeling

- | | | | |
|--|----------------------|----------|-----------------------------------|
| 1. Dagbehandeling verpleegafdeling: aantal dagen | <input type="text"/> | ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 2. Dagbehandeling verpleeghuis: aantal dagen | <input type="text"/> | ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 3. Dagbehandeling verzorgingshuis: aantal dagen | <input type="text"/> | ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 4. Dagbehandeling revalidatiecentrum: aantal dagen | <input type="text"/> | ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |

Center-Patiëntnummer: _ _ _ - _ _ _ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

T4. Bloedtransfusie(s) als gevolg van bloeding(en)

- | | | |
|-----------------------|--|-----------------------------------|
| 1. Aantal PC | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 2. Aantal trombocyten | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| 3. Aantal FFP | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |

T5. Laboratoriumonderzoek buiten ziekenhuis

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| 1. Aantal keer laboratoriumonderzoek buiten ziekenhuis | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
|--|--|-----------------------------------|

T6. Huisartsconsulten in het kader van bloeding/behandeling

- | | | |
|------------------------------|--|-----------------------------------|
| 1. Huisartsconsulten: aantal | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of... | <input type="checkbox"/> Onbekend |
|------------------------------|--|-----------------------------------|

U1. Werk

- | | |
|--|---|
| 1. Heeft u betaald werk? | <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nee (Ga naar vraag U2.1.) |
| • 1a. Indien betaald werk, aanstelling voor hoeveel uur per week? | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Onbekend |
| • 1b. Indien betaald werk, verdeling over hoeveel dagen per week? | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Onbekend |
| • 1c. Indien betaald werk, beroep? | <input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/> |
| • 1d. Indien betaald werk, netto inkomen per week (euro) uit betaald werk (eigen inkomen, zonder inkomen van eventueel partner) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Wil ik niet zeggen |
| • 1e. Indien betaald werk, netto inkomen per maand (euro) uit betaald werk (eigen inkomen, zonder inkomen van eventueel partner) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Wil ik niet zeggen |
| • 1f. Indien betaald werk, netto inkomen per jaar (euro) uit betaald werk (eigen inkomen, zonder inkomen van eventueel partner) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Wil ik niet zeggen |
| 2. Heeft u zich de afgelopen 3 maanden ziek gemeld voor uw werk? | <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nee
<input type="checkbox"/> Onbekend |
| • 2a. Zo 'Ja', datum dat u zich ziek meldde | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
dd / mm / yyyy |
| • 2b. Zo 'Nee', datum van laatste verzuimdag | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
dd / mm / yyyy |
| 3. Verzuim op dit moment? | <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nee (Ga naar vraag U2.1.) |
| • 3a. Aantal dagen verzuimd in de afgelopen 3 maanden? | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Onbekend |

Center-Patiëntnummer: ___ - ___ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

U2. Hoeveel uur/wk besteed aan div. werkzaamh. in afgel. 3 mndn

- | | |
|---|---|
| 1. Hoeveel uur heeft u zelf de afgelopen drie maanden gemiddeld per week aan huishoudelijke werk in huis besteed? (uur/week) | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Onbekend |
| 2. Hoeveel uur heeft u zelf de afgelopen drie maanden gemiddeld per week aan boodschappen doen besteed? (uur/week) | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Onbekend |
| 3. Hoeveel uur heeft u zelf de afgelopen drie maanden gemiddeld per week aan klussen en karweitjes besteed? (uur/week) | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Onbekend |
| 4. Hoeveel uur heeft u zelf de afgelopen drie maanden gemiddeld per week aan Verenigings- of vrijwilligerswerk besteed? (uur/week) | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Onbekend |
| 5. Hoeveel uur heeft u zelf de afgelopen drie maanden gemiddeld per week aan dingen voor uzelf (of met uw kinderen) besteed? (uur/week) | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Onbekend |
| 6. Hoeveel uur heeft u zelf de afgelopen drie maanden gemiddeld per week aan huishoudelijke werk in huis besteed? (uur/week) | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Onbekend |

U3. Thuiszorg in afgelopen 3 maanden

- | | |
|--|--|
| 1. Heeft u de afgelopen 3 maanden gebruik gemaakt van thuiszorg of andere hulp in huishouding? | <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nee
<input type="checkbox"/> Onbekend |
| • 1a. Indien 'Ja', hoeveel uur gemiddeld per week verpleegkundige hulp door thuiszorg? | <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Onbekend |
| • 1b. Indien 'Ja', hoeveel uur gemiddeld per week: huishoudelijke hulp door thuiszorg? (uur/week) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Onbekend |
| • 1c. Indien 'Ja', hoeveel uur gemiddeld per week andere betaalde huishoudelijke hulp? | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Onbekend |
| • 1d. Indien 'Ja', hoeveel uur gemiddeld per week huishoudelijke hulp door familie of andere bekenden? | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ...of...
<input type="checkbox"/> Onbekend |

Center-Patiëntnummer: _ _ _ - _ _ _ (Center=CIC ID)
 = het antwoord op deze vraag is door u gewijzigd