

Vragenlijst levenskwaliteit bij de ziekte van Parkinson  
(PDQ-39)

Hoe vaak gedurende de laatste maand heeft u (bent u)  
vanwege de ziekte van Parkinson...

*Kruis één hokje aan per vraag*

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd of kan het helemaal niet
1. moeilijkheden gehad met vrijtjdsactiviteiten die u wilde doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. moeilijkheden gehad met huishouden bijvoorbeeld kleine reparaties, schoonmaken en koken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. moeilijkheden met het dragen van uw boodschappen gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. problemen gehad met 1km stappen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. problemen met 100 meter stappen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. problemen gehad met rondlopen in huis. Gaat niet meer zo gemakkelijk als u zou willen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. moeilijkheden ervaren met het vertoeven in openbare gelegenheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. iemand nodig gehad om u te begeleiden als u uitging?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Controleer of u **één hokje voor elke vraag heeft aangekruist**  
voordat u naar de volgende bladzijde gaat.

Hoe vaak gedurende de laatste maand heeft u (bent u)  
vanwege de ziekte van Parkinson...,

*Kruis één hokje aan per vraag*

		Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
9.	zich angstig en bezorgd gevoeld om te vallen in het bijzijn van anderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	heeft u zich meer aan huis gebonden gevoeld dan u zou willen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	moeite gehad u zelf te wassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	moeite gehad met aan- en uitkleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	problemen gehad met knopen dichtmaken of schoenveters strikken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	problemen gehad duidelijk te schrijven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	moeilijkheden gehad met het snijden van uw voedsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	problemen gehad met het vasthouden van uw glas of kopje zonder te morsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Controleer of u één hokje voor elke vraag heeft aangekruist  
voordat u naar de volgende bladzijde gaat.

Hoe vaak gedurende de laatste maand heeft u (bent u)  
vanwege de ziekte van Parkinson...,

*Kruis één hokje aan per vraag*

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
17. zich depressief gevoeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. zich geïsoleerd en eenzaam gevoeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. zich huilerig gevoeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. zich boos of verbitterd gevoeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. zich bezorgd en/of angstig gevoeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. zich bezorgd gevoeld over uw toekomst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. het gevoel gehad dat u uw Parkinson moest verbergen voor andere mensen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. situaties met betrekking tot het eten en drinken in openbare gelegenheden vermeden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. gevoeld in verlegenheid te zijn gebracht in het bijzijn van andere mensen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. zich zorgen gemaakt over hoe andere mensen op u reageren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Controleer of u één hokje voor elke vraag heeft aangekruist  
voordat u naar de volgende bladzijde gaat.

Hoe vaak gedurende de laatste maand heeft u (bent u)  
vanwege de ziekte van Parkinson...,

*Kruis één hokje aan per vraag*

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
27. problemen gehad met mensen die u nauw aan het hart liggen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. de nodige steun gemist van uw partner? <i>Als u geen echtgenoot of partner heeft plaats dan hier een kruisje</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. de nodige steun gemist van uw familie of goede vrienden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. overdag onverwacht in slaap gevallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. problemen gehad met uw concentratie, bijvoorbeeld tijdens het lezen of televisie kijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. gemerkt dat uw geheugen u in de steek liet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. dromen of hallucinaties gehad die u van streek maakten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. moeilijkheden met spreken gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Controleer of u één hokje voor elke vraag heeft aangekruist  
voordat u naar de volgende bladzijde gaat.

Hoe vaak gedurende de laatste maand heeft u (bent u)  
vanwege de ziekte van Parkinson...,

*Kruis één hokje aan per vraag*

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
35. zich niet in staat gevoeld behoorlijke gesprekken met anderen te voeren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. zich door andere mensen genegeerd gevoeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. pijnlijke krampen of samentrekkingen van uw spieren gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. pijn gehad in uw gewrichten of andere delen van uw lichaam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. zich onplezierig warm of koud gevoeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Controleer of u één hokje voor elke vraag heeft aangekruist.

***Bedankt voor het invullen van deze vragenlijst.***