



Disclaimer

De Lastmeter is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. IKNL is niet aansprakelijk voor de juistheid, volledigheid of effectiviteit van het product. Het gebruik van de Lastmeter geschiedt voorvolledig risico van de gebruiker.



Locaties

Spaarne Gasthuis Haarlem Zuid

Boerhaavelaan 22
2035 RC, Haarlem

Spaarne Gasthuis Haarlem Noord

Vondelweg 999
2026 BW, Haarlem

Spaarne Gasthuis Hoofddorp

Spaarnepoort 1
2134 TM, Hoofddorp

Spaarne Gasthuis Heemstede

Händellaan 2a
2102 CW, Heemstede

T (023) 224 0000
www.spaarnegasthuis.nl
info@spaarnegasthuis.nl

Lastmeter

—
Hoeveel last hebt u
van problemen, klachten,
zorgen?

De Lastmeter

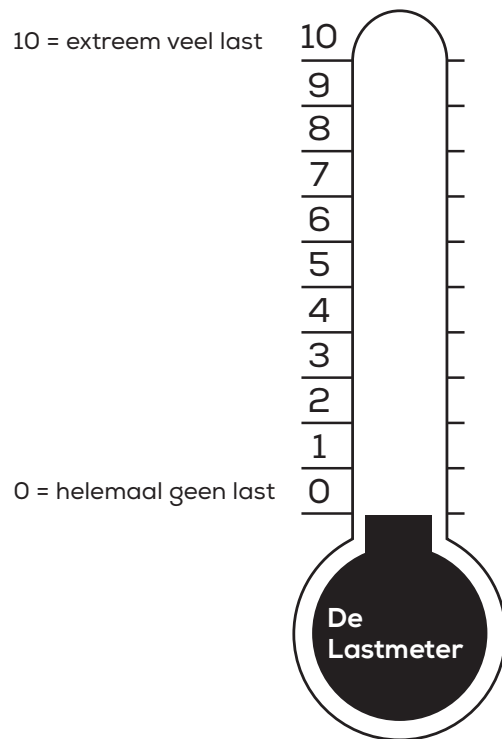
Naam: _____

Geboortedatum: ____ - ____ - ____ (dag-maand-jaar)

Invuldatum: ____ - ____ - ____ (dag-maand-jaar)

Vul eerst onderstaande thermometer in.

Omcirkel het nummer op de thermometer dat het best samenvat hoeveel last u de afgelopen week (inclusief vandaag) hebt gehad op lichamelijk, emotioneel, sociaal en praktisch gebied.



Probleemlijst

Wilt u voor onderstaande gebieden aangeven of u de afgelopen week (inclusief vandaag) hier moeite mee hebt gehad of problemen bij hebt ervaren. Wilt u elke vraag beantwoorden?

Als u Ja hebt geantwoord, wilt u dan met een cijfer van 1-10 aangeven hoeveel moeite of problemen u hebt ervaren? (1 = nauwelijks moeite of problemen en 10 = extreem veel moeite of problemen).

ja indien ja
hoeveel

nee

Praktische problemen

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> zorg voor kinderen |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> wonen / huisvesting |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> huishouden |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> vervoer |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> werk / school / studie |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> financiën |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> verzekering |

Gezins- / sociale problemen

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> omgang met partner |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> omgang met kinderen |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> omgang met familie / vrienden |

Emotionele problemen

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> greep hebben op emoties |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> herinneren van dingen |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> zelfvertrouwen |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> angsten |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> neerslachtigheid / somberheid |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> spanning |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> eenzaamheid |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> concentratie |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> schuldgevoel |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> controleverlies |

Religieuze/spirituele problemen

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> zin van het leven / levensbeschouwing |
| | <input type="checkbox"/> vertrouwen in God / geloof |

ja indien ja
hoeveel

nee

Lichamelijke problemen

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> uiterlijk |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> veranderde urine - uitscheiding |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> verstopping / obstipatie |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> diarree |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> eten |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> opgezwollen gevoel |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> koorts |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> mondslijmvlies |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> misselijkheid |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> droge, verstopte neus |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> pijn |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> seksualiteit |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> droge, jeukerige huid |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> slaap |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> benauwdheid |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> duizeligheid |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> praten |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> smaakvermogen |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> veranderingen in gewicht |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> tintelingen in handen / voeten |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> wassen / aankleden |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> dagelijkse bezigheden |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> moeheid |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> conditie |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> spierkracht |

Andere problemen

Zou u met een deskundige willen praten over uw problemen?

ja misschien nee

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> verpleegkundige | <input type="checkbox"/> diëtist |
| <input type="checkbox"/> fysiotherapeut | <input type="checkbox"/> maatschappelijk werker |
| <input type="checkbox"/> geestelijk verzorger | <input type="checkbox"/> psycholoog |
| <input type="checkbox"/> lotgenoten | <input type="checkbox"/> iemand anders |