

# Door gezinsleden gerapporteerde uitkomstmaten (FROM-16)<sup>©</sup>

Vertrouwelijk

De volgende vragen gaan over hoe **uw** leven **op dit moment** wordt beïnvloed door de aandoening van uw gezinslid.

Vink bij elk van de volgende 16 vragen één vakje aan.

## Beantwoord de volgende vragen:

Uw leeftijd: \_\_\_\_\_

Uw geslacht: man/vrouw

Uw relatie tot de patiënt: \_\_\_\_\_

Diagnose van de patiënt: \_\_\_\_\_

## Deel 1: Emotioneel

Door de aandoening van mijn gezinslid ...

Helemaal  
niet

Een beetje

Veel

- |    |  |                          |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | voel ik me bezorgd   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | voel ik me boos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | voel ik me verdrietig  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | voel ik me gefrustreerd  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | is het moeilijk iemand te vinden met wie ik over mijn gedachten kan praten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | is het moeilijk om voor mijn gezinslid te zorgen                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Deel 2: Persoonlijk en sociaal leven

De aandoening van mijn gezinslid ...

Helemaal  
niet

Een beetje

Veel

- |     |   |                          |                          |                          |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.  | zorgt ervoor dat ik moeilijk tijd voor mezelf kan vinden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | is van invloed op mijn dagelijkse reizen                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | is van invloed op mijn eetgewoonten                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | is van invloed op mijn gezinsactiviteiten                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | zorgt ervoor dat ik problemen ervaar met op vakantie gaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | is van invloed op mijn seksleven                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | is van invloed op mijn werk of studie                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | is van invloed op mijn relaties met andere gezinsleden    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | zorgt ervoor dat mijn gezinsuitgaven hoger zijn           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | is van invloed op mijn slaap                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Controleer of u elke vraag hebt beantwoord. Dank u wel.

Uitsluitend voor

Score voor deel 1 (max. 12): \_\_\_\_\_

Score voor deel 2 (max. 20): \_\_\_\_\_

Totale score (max. 32): \_\_\_\_\_

gebruik in praktijken