

Naam:.....M/V

Geboortedatum:.....

Invuldatum:.....

KOOS

Vragenformulier voor kniepatiënten

Instructies:

Deze vragenlijst vraagt naar uw mening over uw knie. Deze informatie helpt ons na te gaan hoe u zich voelt over uw knie en hoe goed u in staat bent om uw normale dagelijkse activiteiten uit te voeren. Beantwoord elke vraag door één hokje aan te kruisen. Wanneer u twijfelt over de beantwoording van een vraag, kruis dan de best mogelijke optie aan.

Symptomen

Denkt u bij het beantwoorden van deze vragen aan symptomen en problemen van uw knie gedurende de afgelopen week.

S1. Was uw knie gezwollen?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nooit | zelden | soms | vaak | voortdurend |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

S2. Heeft u een knarsend gevoel in uw knie, of klikkende of andere geluiden uit uw knie gehoord?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nooit | zelden | soms | vaak | voortdurend |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

S3. Gebeurde het dat uw knie even vast bleef steken of helemaal op slot zat?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nooit | zelden | soms | vaak | voortdurend |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

S4. Kon u uw knie helemaal strekken?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nooit | zelden | soms | vaak | voortdurend |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

S5. Kon u uw knie helemaal buigen?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| nooit | zelden | soms | vaak | voortdurend |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Stijfheid

Onderstaande vragen betreffen de **gewrichtsstijfheid** die u hebt ervaren in de knie gedurende de afgelopen week. Met stijfheid bedoelen we het gevoel dat uw gewricht minder soepel beweegt.

S6. Hoe ernstig was de gewrichtsstijfheid van de knie 's morgens direct na het wakker worden?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Geen | gering | matig | veel | erg veel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

S7. Hoe ernstig was de gewrichtsstijfheid van de knie later op de dag, na zitten liggen of rusten

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Geen | gering | matig | veel | erg veel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P1. Hoe vaak heeft u pijn aan uw knie?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| nooit | elke maand | elke week | elke dag | altijd |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Welke mate van kniepijn heeft u de afgelopen week ervaren tijdens de volgende activiteiten?

P2. Draaien op een belaste knie

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Geen | gering | matig | veel | erg veel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P3. De knie helemaal strekken

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Geen | gering | matig | veel | erg veel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P4. De knie helemaal buigen

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Geen | gering | matig | veel | erg veel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P5. Lopen op een vlakke ondergrond

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Geen | gering | matig | veel | erg veel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P6. Trap oplopen of aflopen

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Geen | gering | matig | veel | erg veel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P7. 's Nachts in bed

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Geen | gering | matig | veel | erg veel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P8. Zitten of liggen

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Geen | gering | matig | veel | erg veel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P9. Rechtop staan

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Geen | gering | matig | veel | erg veel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Functioneren in het dagelijks leven

Onderstaande vragen betreffen uw dagelijks functioneren. Wilt u voor elk van de onderstaande activiteiten aangeven hoeveel **moeite** u de afgelopen week heeft ervaren tijdens deze activiteiten vanwege uw knie.

A1. Trap aflopen

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Geen | gering | matig | veel | erg veel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A2. Trap oplopen

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Geen | gering | matig | veel | erg veel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A3. Opstaan vanuit een stoel

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Geen | gering | matig | veel | erg veel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A4. Staan

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Geen | gering | matig | veel | erg veel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A5. Bukken naar de grond/iets oppakken van de grond
Geen gering matig veel erg veel

A6. Lopen op een vlakke ondergrond
Geen gering matig veel erg veel

A7. Instappen / uitstappen van een auto
Geen gering matig veel erg veel

A8. Winkelen
Geen gering matig veel erg veel

A9. Sokken / kousen aantrekken
Geen gering matig veel erg veel

A10. Opstaan vanuit bed
Geen gering matig veel erg veel

A11. Sokken / kousen uittrekken
Geen gering matig veel erg veel

A12. In bed liggen
Geen gering matig veel erg veel

A13. In / uit bad gaan
Geen gering matig veel erg veel

A14. Zitten
Geen gering matig veel erg veel

A15. Gaan zitten / opstaan van het toilet
Geen gering matig veel erg veel

A16. Zware huishoudelijke activiteiten (zware dozen tillen, de vloer schrobben etc)
Geen gering matig veel erg veel

A17. Lichte huishoudelijke werkzaamheden (koken, stoffen etc)
Geen gering matig veel erg veel

Functioneren in vrije tijd en sport

De volgende vragen gaan over uw lichamelijke functioneren tijdens recreatieve / sportieve activiteiten. Geef aan hoeveel moeite u heeft ervaren op grond van uw knieklachten in de afgelopen week bij de volgende activiteiten.

Sp1. Op uw hurken zitten

Geen gering matig veel erg veel

Sp2. Hardlopen

Geen gering matig veel erg veel

SP3. Springen

Geen gering matig veel erg veel

Sp4. Draaien op een belaste knie

Geen gering matig veel erg veel

Sp5. Knielen

Geen gering matig veel erg veel

Kwaliteit van leven

Q1. Hoe vaak wordt u aan uw knie herinnerd?

nooit elke maand elke week elke dag altijd

Q2. Heeft u uw manier van leven veranderd om uw knie te ontzien?

Totaal niet iets matig grotendeels totaal

Q3. In welke mate kunt u op uw knie vertrouwen?

Totaal grotendeels matig iets totaal niet

Q4. Hoe groot zijn uw problemen met de knie in het algemeen?

Geen gering matig groot zeer groot