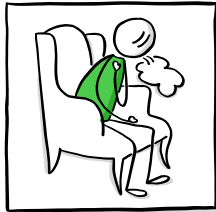
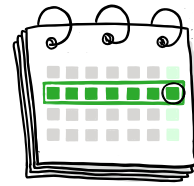


# COPD vragenlijst

Deze vragen gaan over de **AFGELOPEN WEEK**



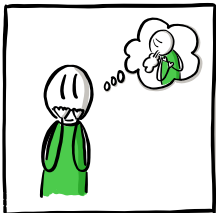
1. Hoe vaak was u kortademig in RUST?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6
nooit	bijna nooit	soms	regel- matig	vaak	heel vaak	altijd



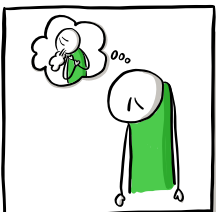
2. Hoe vaak was u kortademig tijdens LICHAMELIJKE ACTIVITEITEN?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6
nooit	bijna nooit	soms	regel- matig	vaak	heel vaak	altijd



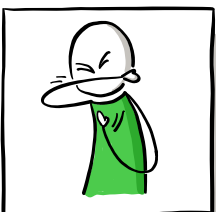
3. Hoe vaak was u BANG om kortademig te worden?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6
nooit	bijna nooit	soms	regel- matig	vaak	heel vaak	altijd



4. Hoe vaak was u SOMBER vanwege uw longen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6
nooit	bijna nooit	soms	regel- matig	vaak	heel vaak	altijd



5. Hoe vaak HOESTTE u?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6
nooit	bijna nooit	soms	regel- matig	vaak	heel vaak	altijd



6. Hoe vaak hoestte u SLIJM?

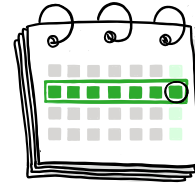
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6
nooit	bijna nooit	soms	regel- matig	vaak	heel vaak	altijd

Ga verder op de volgende pagina



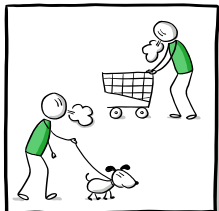
# COPD vragenlijst

Deze vragen gaan over de **AFGELOPEN WEEK**



7. Hoe vaak voelde u beperking vanwege uw longen bij **DAGELIJKSE** activiteiten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0 nooit	1 bijna nooit	2 soms	3 regel- matig	4 vaak	5 heel vaak	6 altijd



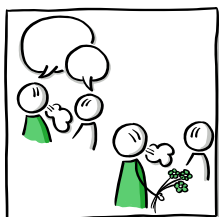
8. Hoe vaak voelde u beperking vanwege uw longen bij **GEWONE** activiteiten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0 nooit	1 bijna nooit	2 soms	3 regel- matig	4 vaak	5 heel vaak	6 altijd



9. Hoe vaak voelde u beperking vanwege uw longen bij **ZWARE** activiteiten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0 nooit	1 bijna nooit	2 soms	3 regel- matig	4 vaak	5 heel vaak	6 altijd



10. Hoe vaak voelde u beperking vanwege uw longen bij **SOCIALE** activiteiten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0 nooit	1 bijna nooit	2 soms	3 regel- matig	4 vaak	5 heel vaak	6 altijd

© Op de CCQ-graphic berust copyright. De vragenlijst mag niet veranderd, verkocht (op papier of elektronisch), vertaald of aangepast worden voor een ander medium zonder toestemming van Thys van der Molen of Janwillem Kocks.

Voor meer informatie zie [www.ccq.nl](http://www.ccq.nl)