

<b>Olerud Molander vragenlijst</b>
------------------------------------

Datum:

Geboortedatum:

Naam:

**TOELICHTING:** Deze lijst vraagt naar uw mening over uw voet/enkel. Uw antwoorden geven ons een beeld van uw voet/enkel klachten en hoe u in staat bent om alledaagse activiteiten uit te voeren.

Beantwoorden van een vraag doet u door het aankruisen van een vakje met het volgens u meest juiste antwoord (één vakje per vraag). Als u niet zeker weet hoe u een vraag moet beantwoorden, geeft u dan het antwoord dat volgens u het meest op uw situatie van toepassing is.

Controleer na het invullen van de lijst a.u.b. of alle vragen beantwoord zijn.

### Symptomen

De volgende vragen hebben betrekking op het voorkomen van voet/enkel klachten in de afgelopen week.

#### 1. Pijn:

- |  |    |
|--|----|
| <input type="checkbox"/> Geen                                      | 25 |
| <input type="checkbox"/> Tijdens stappen op onregelmatig oppervlak | 20 |
| <input type="checkbox"/> Tijdens stappen op regelmatig oppervlak   | 10 |
| <input type="checkbox"/> Tijdens stappen binnenshuis               | 5  |
| <input type="checkbox"/> Continu                                   | 0  |

## 2. Stijfheid

- |   |    |
|---|----|
| <input type="checkbox"/> Geen stijfheid | 10 |
| <input type="checkbox"/> Wel stijfheid  | 0  |

## 3. Zwelling

- |  |    |
|--|----|
| <input type="checkbox"/> Geen zwelling       | 10 |
| <input type="checkbox"/> 's Avonds gezwollen | 5  |
| <input type="checkbox"/> Constant gezwollen  | 0  |

## 4. Traplopen

- |                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> Onbeperkt  | 10 |
| <input type="checkbox"/> Beperkt    | 5  |
| <input type="checkbox"/> Onmogelijk | 0  |

## 5. Rennen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mogelijk      | 5 |
| <input type="checkbox"/> Niet mogelijk | 0 |

## 6. Springen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mogelijk      | 5 |
| <input type="checkbox"/> Niet mogelijk | 0 |

## 7. Hurken

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mogelijk      | 5 |
| <input type="checkbox"/> Niet mogelijk | 0 |

## 8. Hulpmiddelen

- |   |    |
|---|----|
| <input type="checkbox"/> Geen           | 10 |
| <input type="checkbox"/> Tape, brace    | 5  |
| <input type="checkbox"/> Stok / krukken | 0  |

#### 9. Werk & dagelijkse activiteiten

- |   |    |
|---|----|
| <input type="checkbox"/> Zelfde als voor letsel                                 | 20 |
| <input type="checkbox"/> Minder productief                                      | 15 |
| <input type="checkbox"/> Verandering naar gemakkelijker werk / parttime functie | 10 |
| <input type="checkbox"/> Ernstige beperkingen in werkzaamheden                  | 0  |
- 

Totaal

punten