

BRACE VRAGENLIJST

De volgende vragenlijst is een vertaalde vragenlijst vanuit het Grieks en bevat vragen over wat je over je gezondheid denkt en voelt. Het is geen test en er zijn geen goede of foute antwoorden

- *Lees elke vraag aandachtig*
- *Kies het antwoord waarvan jij denkt dat het beste bij je past. Zet een kruisje in het vakje ernaast*

<i>Voorbeeld</i>	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Continu
Gedurende de afgelopen week had ik zin in lezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>

Zou je ons een paar dingen over jezelf willen vertellen?

Je bent: een meisje een jongen **Leeftijd:**jaar

Datum.....

Gedurende de afgelopen 3 maanden...	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Continu
1. Zorgde de brace ervoor dat je je ziek voelde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was je bang dat je scoliose erger zou worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gedurende de afgelopen 3 maanden...	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Continu
3. Werd je moe van het lopen vanwege de brace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kon je rennen met de brace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Trok je de brace zonder hulp aan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Trok je de brace zonder hulp uit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kon je niet goed eten vanwege de brace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kon je niet goed slapen vanwege de brace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kon je niet goed ademen vanwege de brace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gedurende de afgelopen 3 maanden...	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Continu
10. Maakte de brace je nerveus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Voelde je je verdrietig vanwege de brace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Voelde je je gelukkig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Geloofde je dat je leven met scoliose beter zou zijn geweest als je geen brace zou hebben gedragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Geloofde je dat de brace-behandeling nuttig was	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gedurende de afgelopen maand...	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Continu
15. Was je trots op jezelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Was je tevreden over jezelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gedurende de afgelopen maand...	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Continu
17. Voelde je je sterk en vol energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Voelde je je moe en uitgeput vanwege de brace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gedurende de afgelopen maand...	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Continu
19. Had je moeite in de les vanwege de brace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Miste je weleens school vanwege de brace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Lette je niet op in de klas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gedurende de afgelopen maand...	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Continu
22. Nam je medicijnen omdat je pijn had	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Had je 's nachts pijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Had je pijn bij het lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Had je pijn bij het zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Had je pijn bij het traplopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Kreeg je door de brace tintelingen in je handen of voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gedurende de afgelopen maand...	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Continu
28. Kon je je vrienden niet zien vanwege de brace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Hadden je vrienden medelijden met je vanwege je rug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Voelde je je anders dan je vrienden omdat je een brace draagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Had je problemen met je familie vanwege de brace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Geloofde je dat je band met je familie of vrienden beter zou zijn geweest als je geen brace gedragen zou hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Bleef je thuis omdat je je voor de brace schaamde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Droeg je speciale kleding vanwege de brace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>