

Additional file 3: Short Form 36 Questionnaire

English version

1. In general, would you say your health is:
 - excellent
 - very good
 - good
 - fair
 - poor

2. **Compared to one ear ago**, how would you rate your health in general **now**?
 - much better now than one year ago
 - somewhat better now than one year ago
 - about the same
 - somewhat worse now than one year ago
 - much worse now than one year ago

3. The following items are about activities you might do during a typical day.
Does **your health now limit you** in these activities? If so, how much?

	Yes, limited a lot	Yes, limited a little	No, not limited at all
a. Vigorous activities , such as running, lifting heavy objects, participating in strenuous sports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Moderate activities , such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Lifting or carrying groceries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Climbing several flights of stairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Climbing one flight of stairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Bending, kneeling, or stooping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Walking more than a mile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Walking several blocks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Walking one block	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Bathing or dressing yourself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. During the **past 4 weeks**, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities **as a result of your physical health?**

	Yes	No
a. Cut down the amount of time you spent on work or other activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Accomplished less than you would like	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Were limited in the kind of work or other activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Had difficulty performing the work or other activities (for example, it took extra effort)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. During the **past 4 weeks**, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities **as a result of any emotional problems** (such as feeling depressed or anxious)?

	Yes	No
a. Cut down the amount of time you spent on work or other activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Accomplished less than you would like	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Didn't do work or other activities as carefully as usual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. During the **past 4 weeks**, to what extent has your physical health or emotional problems interfered with your normal social activities with family, friends, neighbors, or groups?
- not at all
 - slightly
 - moderately
 - quite a bit
 - extremely
7. How much **bodily** pain have you had during the **past 4 weeks**?
- none
 - very mild
 - mild
 - moderate
 - severe
 - very severe
8. During the **past 4 weeks**, how much did **pain** interfere with your normal work (including both work outside the home and housework)?
- not at all
 - a little bit
 - moderately
 - quite a bit
 - extremely

9. These questions are about how you feel and how things have been with you **during the past 4 weeks**. For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling.

How much of the time during the past 4 weeks ...	All of the time	Most of the time	A good bit of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
a. Did you feel full of pep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Have you been a very nervous person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Have you felt so down in the dumps that nothing could cheer you up?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Have you felt calm and peaceful?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Did you have a lot of energy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Have you felt downhearted and blue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Did you feel worn out?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Have you been a happy person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Did you feel tired?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. During the **past 4 weeks**, how much of the time has **your physical health or emotional problems** interfered with your social activities (like visiting with friends, relatives, etc.)?
- all of the time
- most of the time
- some of the time
- a little of the time
- none of the time

11. How TRUE or FALSE is **each** of the following statements for you?

	Definitely true	Mostly true	Don't know	Mostly false	Definitely false
a. I seem to get sick a little easier than other people.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. I am as healthy as anybody I know.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. I expect my health to get worse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. My health is excellent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Space for additional remarks with the questionnaire:

Dutch version

1. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?
- uitstekend
 - zeer goed
 - goed
 - matig
 - slecht
2. In vergelijking met 1 jaar geleden, hoe zou u nu uw gezondheid in het algemeen beoordelen?
- veel beter dan een jaar geleden
 - iets beter dan een jaar geleden
 - ongeveer hetzelfde als een jaar geleden
 - iets slechter dan een jaar geleden
 - veel slechter dan een jaar geleden

3. De volgende vragen gaan over dagelijkse bezigheden. Wordt u door **uw gezondheid op dit moment** beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?

	Ja, ernstig	Ja, een beetje beperkt	Nee, helemaal niet beperkt
a. <i>Forse inspanning</i> (zoals hardlopen, zware voorwerpen tillen, inspannend sporten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <i>Matige inspanning</i> (zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, fietsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tillen of boodschappen dragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <i>Een paar</i> trappen oplopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. <i>Eén</i> trap oplopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Buigen, knielen of bukken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. <i>Meer dan een kilometer</i> lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Een halve kilometer lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. <i>Honderd meter</i> lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Uzelf wassen of aankleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Had u, ten gevolge van uw **lichamelijke gezondheid**, *de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere bezigheden?*

	Ja	Nee
a. U heeft <i>minder tijd</i> kunnen besteden aan werk of andere bezigheden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. U heeft <i>minder bereikt</i> dan u zou willen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. U was beperkt in het <i>soort</i> werk of soort bezigheden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. U had moeite met het werk of andere bezigheden (het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Had u, ten gevolge van een **emotioneel probleem** (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde), *de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere bezigheden?*

	Ja	Nee
a. U heeft <i>minder tijd</i> kunnen besteden aan werk of andere bezigheden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. U heeft <i>minder bereikt</i> dan u zou willen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. In hoeverre heeft uw **lichamelijke gezondheid** of hebben uw **emotionele problemen** u *de afgelopen 4 weken* belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin, vrienden, burens of anderen?
- helemaal niet
- enigszins
- nogal
- veel
- heel erg veel
7. Hoeveel **pijn** had u *de afgelopen 4 weken*?
- geen
- heel licht
- licht
- nogal
- ernstig
- heel ernstig
8. In welke mate heeft **pijn** u *de afgelopen 4 weken* belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?
- helemaal niet
- enigszins
- nogal
- veel
- heel erg veel

12. De volgende vragen gaan over hoe u zich *de afgelopen 4 weken* heeft **gevoeld**. Wilt u bij elke vraag het antwoord aankruisen dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld?

Hoe vaak
gedurende *de
afgelopen 4
weken*:

	Voortdurend	Meestal	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
a. voelde u zich levenslustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. voelde u zich erg zenuwachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. voelde u zich kalm en rustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. voelde u zich erg energiek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. voelde u zich neerslachtig en somber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. voelde u zich uitgeblust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. voelde u zich gelukkig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. voelde u zich moe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Hoe vaak hebben uw **lichamelijke gezondheid of emotionele problemen** gedurende de afgelopen 4 weken uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?
- voortdurend
- meestal
- soms
- zelden
- nooit

11. Wilt u het antwoord kiezen dat het beste weergeeft hoe juist of onjuist u elk van de volgende uitspraken voor uzelf vindt?

	Volkomen juist	Grotendeels juist	Weet ik niet	Grotendeels onjuist	Volkomen onjuist
a. Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mijn gezondheid is uitstekend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ruimte voor aanvullende opmerkingen bij de vragenlijst: