

SHOULDER DISABILITY QUESTIONNAIRE
G.J.van der Heijden 1994

Instructie: De volgende zinnen beschrijven situaties waarin pijn en bewegings-beperking in uw behandelde schouder uw dagelijkse bezigheden kunnen beperken. Daarbij wordt met “last” bedoeld: pijn en/of bewegingsbeperking in de behandelde schouder. Met “aangedane zijde” wordt bedoeld: de zijde van de behandelde schouder. Lees elke zin aandachtig, en denk dan aan u zelf in de afgelopen 24 uur. Bepaal voor elke zin of u de beschreven beweging of activiteit in de afgelopen 24 uur uitvoerde. Er zijn 3 antwoordmogelijkheden:

Wel: het vakje onder wel kruist u aan als u wel last van de behandelde schouder had tijdens de uitvoering van beschreven beweging of activiteit in de afgelopen 24 uur.

Geen: het vakje onder geen kruist u aan als u geen last van de behandelde schouder had tijdens de uitvoering van beschreven beweging of activiteit in de afgelopen 24 uur.

N.v.t.: het vakje onder n.v.t. kruist u aan als u de beschreven beweging of activiteit in de afgelopen 24 uur niet uitvoerde.

| | Wel | Geen | N.v.t. |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ik wordt 's nachts wakker omdat ik last heb van de behandelde schouder | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Tijdens het liggen op de behandelde schouder heb ik daar last van | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Ik heb last van de behandelde schouder tijdens het aan- of uittrekken van een trui of jas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Ik heb last van de behandelde schouder tijdens mijn gebruikelijke dagelijkse activiteiten in en om huis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Tijdens bewegingen met mijn behandelde schouder heb ik daar last van | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Tijdens steunen op mijn ellebogen of handen heb ik last van de behandelde schouder | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Tijdens schrijven (of typen) heb ik last van de behandelde schouder | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Tijdens het vasthouden van het stuur van mijn auto of fiets heb ik last van de behandelde schouder | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Tijdens tillen van een voorwerp (aan de aangedane zijde) heb ik last van de behandelde schouder | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Tijdens het boven schouderhoogte reiken of grijpen met mijn hand (aan de aangedane zijde) heb ik last van de behandelde schouder | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Tijdens het openen of sluiten van een deur met mijn hand (aan de aangedane zijde) heb ik last van de behandelde schouder | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Tijdens het naar mijn billen brengen van mijn hand (aan de aangedane zijde) heb ik last van de behandelde schouder | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Tijdens het naar mijn lage rug brengen van mijn hand (aan de aangedane zijde) heb ik last van de behandelde schouder | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Tijdens het naar mijn nek brengen van mijn hand (aan de aangedane zijde) heb ik last van de behandelde schouder | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Ik wrijf meer dan eens per dag over de behandelde schouder | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Ik ben prikkelbaar tegen mensen uit mijn omgeving omdat ik last heb van de behandelde schouder | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Naam:

Datum:

Totaal: