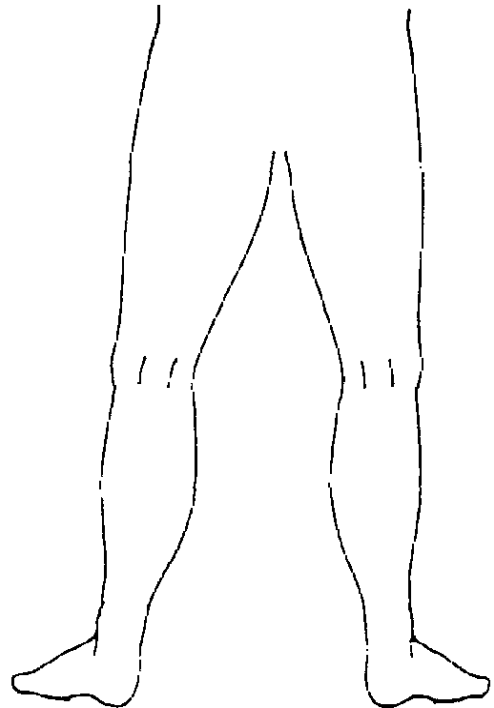
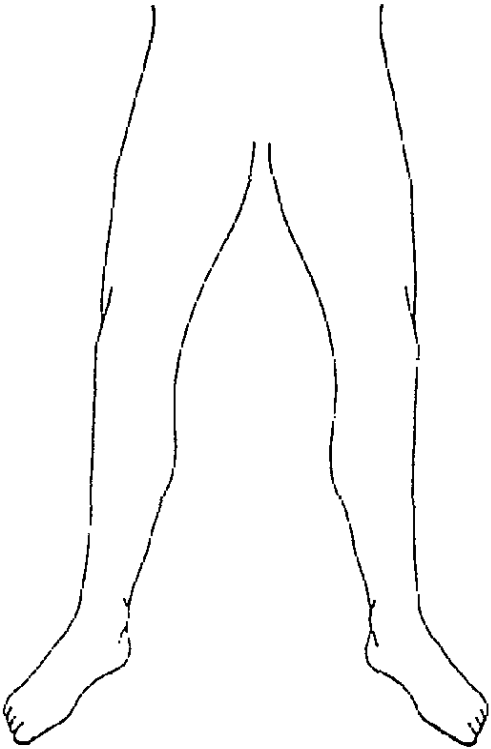


UW SPATADEREN

1. Kunt u alstublieft uw spataderen in de plaatjes hieronder tekenen:

Benen gezien
van de voorzijde

Benen gezien
van de achterzijde



2. In de laatste twee weken, gedurende hoeveel dagen had u pijnklachten van uw spataderen?

(vul één hokje in)

	Rechter been	Linker been
Geen enkele dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tussen de 1 en 5 dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tussen de 6 en 10 dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedurende meer dan 10 dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Gedurende de laatste twee weken, op hoeveel dagen gebruikte u pijnstillers voor uw spataderen?

(vul één hokje in)

Geen enkele dag	<input type="checkbox"/>
Tussen de 1 en 5 dagen	<input type="checkbox"/>
Tussen de 6 en 10 dagen	<input type="checkbox"/>
Gedurende meer dan 10 dagen	<input type="checkbox"/>

4. **In de laatste twee weken, hoeveel enkelzwellling heeft u gehad?**
(vul één hokje in)
- | | | |
|--|--------------------------|--|
| Geen enkele dag | <input type="checkbox"/> | |
| Lichte enkelzwellling | <input type="checkbox"/> | |
| Middelmatige enkelzwellling
(U moest bijvoorbeeld uw benen
hoog leggen wanneer mogelijk) | <input type="checkbox"/> | |
| Ernstige enkelzwellling
(U had bijvoorbeeld problemen
uw schoenen aan te trekken) | <input type="checkbox"/> | |

5. **In de laatste twee weken, heeft u toen steunkousen gedragen?**
(vul één hokje in voor ieder been)
- | | Rechter
been | Linker
been |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, steunkousen die ik zonder recept
gekocht heb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, steunkousen van de dokter,
die ik af en toe droeg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, steunkousen van de dokter,
die ik iedere dag droeg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. **In de laatste twee weken, heeft u toen jeuk gehad door uw spataderen?**
(vul één hokje in voor ieder been)
- | | Rechter
been | Linker
been |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, maar alleen boven de knie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, maar alleen onder de knie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Boven én onder de knie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. **Heeft u paarse huidverkleuringen veroorzaakt door zeer fijne
bloedvaatjes in de huid, in de buurt van uw spataderen?**
(vul één hokje in voor ieder been)
- | | Rechter
been | Linker
been |
|-----|--------------------------|--------------------------|
| Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. **Heeft u huiduitslag of eczeem in de buurt van uw enkel?**
(vul één hokje in voor ieder been)
- | | Rechter
been | Linker
been |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, maar het behoeft geen behandeling
van een dokter of verpleegkundige | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, en het moet worden behandeld
door de dokter of verpleegkundige | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Heeft u een open been in verband met uw spataderen?

(vul één hokje in voor ieder been)

	Rechter been	Linker been
Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Verontrust het uiterlijk van uw spataderen u?

(vul één hokje in)

Nee	<input type="checkbox"/>
Ja, een beetje	<input type="checkbox"/>
Ja, matig	<input type="checkbox"/>
Ja, heel erg	<input type="checkbox"/>

11. Verontrust het uiterlijk van uw spataderen u dermate dat het uw kledingkeuze bepaalt of dat u daarom steunkousen draagt?

(vul één hokje in)

Nee	<input type="checkbox"/>
Soms	<input type="checkbox"/>
Vaak	<input type="checkbox"/>
Altijd	<input type="checkbox"/>

12. Gedurende de laatste twee weken, hebben uw spataderen problemen gegeven bij uw werk/huishoudelijk werk of andere dagelijkse activiteiten?

(vul één hokje in)

Nee	<input type="checkbox"/>
Ik was in staat te werken, maar mijn werk heeft er licht onder moeten lijden	<input type="checkbox"/>
Ik was in staat om te werken, maar mijn werk heeft er behoorlijk onder geleden	<input type="checkbox"/>
Mijn spataderen hebben me één of meer dagen verhinderd te werken	<input type="checkbox"/>

13. Gedurende de laatste twee weken, hebben uw spataderen problemen gegeven bij uw vrijetijdsbezigheden (zoals sport, hobby's en uw sociale leven)?

(vul één hokje in)

Nee	<input type="checkbox"/>
Ja, het plezier was licht verminderd	<input type="checkbox"/>
Ja, het plezier was behoorlijk verminderd	<input type="checkbox"/>
Ja, mijn spataderen hebben me verhinderd deel te nemen aan elke vrijetijdsbesteding	<input type="checkbox"/>