

# Fibromyalgia Impact Questionnaire

1. Bent u in staat om zelfstandig ..... (Omcirkel het juiste antwoord)

- |   |        |         |      |       |
|---|--------|---------|------|-------|
| Boodschappen te doen                      | altijd | meestal | soms | nooit |
| De was te doen                            | altijd | meestal | soms | nooit |
| Maaltijden klaar te maken                 | altijd | meestal | soms | nooit |
| De afwas met de hand te doen              | altijd | meestal | soms | nooit |
| Te stofzuigen                             | altijd | meestal | soms | nooit |
| De bedden op te maken                     | altijd | meestal | soms | nooit |
| Een eindje te lopen                       | altijd | meestal | soms | nooit |
| Op bezoek te gaan bij familie en vrienden | altijd | meestal | soms | nooit |
| Auto te rijden                            | altijd | meestal | soms | nooit |

2. Hoeveel van de afgelopen 7 dagen (verleden week), heeft u zich goed gevoeld?

1 2 3 4 5 6 7

3. Hoeveel dagen in de afgelopen week bent u vanwege de fibromyalgie niet gaan werken? (Indien u geen betaald werk heeft kunt u de vraag overslaan.)

1 2 3 4 5

---

1. Hoeveel invloed heeft de pijn of andere symptomen op het kunnen uitvoeren van uw (betaalde) werkzaamheden?

geen \_\_\_\_\_ heel veel

2. Hoe hevig is uw pijn geweest?

geen pijn \_\_\_\_\_ ondragelijk

3. Hoe vermoeid bent u geweest?

geen moeheid \_\_\_\_\_ ontzettend moe

4. Hoe voelde u zich het 's morgens bij het opstaan?

goed uitgerust \_\_\_\_\_ nog erg vermoeid

5. Hoeveel last heeft u van stijfheid?

geen stijfheid \_\_\_\_\_ zeer stijf

6. Hoe gespannen, nerveus of angstig voelt u zich?

niet gespannen \_\_\_\_\_ zeer gespannen

7. Hoe depressief of somber voelt u zich?

niet somber \_\_\_\_\_ zeer somber