

PATIËNTEN GEZONDHEIDSVRAGENLIJST-9 (Dutch version of the PHQ-9)					72883
THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.					
Were data collected? No <input type="checkbox"/> (provide reason in comments) If Yes, data collected on visit date <input type="checkbox"/> or specify date: _____ DD-Mon-YYYY					
Comments:					
Only the patient (subject) should enter information onto this questionnaire					
Hoe vaak hebt u in de <u>afgelopen 2 weken</u> last gehad van één of meer van de volgende problemen?	Helemaal Niet	Verscheidene dagen	Meer dan de helft van de dagen	Bijna elke dag	
1. Weinig interesse of plezier in activiteiten	0	1	2	3	
2. Zich neerslachtig, depressief of hopeloos voelen	0	1	2	3	
3. Moeilijk inslapen, moeilijk doorslapen of te veel slapen	0	1	2	3	
4. Zich moe voelen of gebrek aan energie hebben	0	1	2	3	
5. Weinig eetlust of overmatig eten	0	1	2	3	
6. Een slecht gevoel hebben over uzelf - of het gevoel hebben dat u een mislukking bent of het gevoel dat u zichzelf of uw familie teleurgesteld hebt	0	1	2	3	
7. Problemen om u te concentreren, bijvoorbeeld om de krant te lezen of om tv te kijken	0	1	2	3	
8. Zo traag bewegen of zo langzaam spreken dat andere mensen dit opgemerkt kunnen hebben? Of het tegenovergestelde, zo zenuwachtig of rusteloos zijn dat u veel meer bewoog dan gebruikelijk.	0	1	2	3	
9. De gedachte dat u beter dood zou kunnen zijn of de gedachte uzelf op een bepaalde manier pijn te doen	0	1	2	3	
					SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY _____ + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____
Als u <u>enig</u> probleem hebt aangekruist, hoe <u>moeilijk</u> maakten deze problemen het dan voor u om uw werk of uw taken in en om het huis te doen, of om met andere mensen om te gaan?					
Helemaal niet moeilijk Enigszins moeilijk Erg moeilijk Extreem moeilijk <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Copyright © 2005 Pfizer, Inc. Alle rechten voorbehouden. Gereproduceerd met toestemming. EPI0905.PHQ9P					
<i>Ik verklaar hierbij dat deze informatie juist is.</i>	Initialen patiënt:			Datum:	