

Appendix 1

GO-QOL versie NL1.2

De hierna volgende vragen gaan speciaal over uw oogziekte van Graves.

Denk bij het beantwoorden van de vragen aan de afgelopen week

In hoeverre was u de afgelopen week als gevolg van de oogziekte van Graves beperkt in het uitvoeren van de volgende activiteiten?

Zet een kruisje in het hokje dat past bij uw antwoord. De hokjes komen overeen met de antwoorden die erboven staan. Eén hokje aankruisen achter iedere vraag.

	Ja, ernstig beperkt	Ja, een beetje beperkt	Nee helemaal niet beperkt
1. Fietsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Autorijden [geen rijbewijs <input type="checkbox"/>]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Verplaatsen in en om het huis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Buiten wandelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. T.V. kijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hobby of liefhebberij, nl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja, ernstig belemmerd	Ja een beetje belemmerd	Nee helemaal niet belemmerd
8. Voelde u zich de afgelopen week door uw oogziekte van Graves belemmerd in iets wat u had willen doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De hierna volgende vragen gaan over uw oogziekte van Graves in het algemeen

	Ja, heel erg	Ja, een beetje	Nee, helemaal niet
9. Heeft u het gevoel dat u van uiterlijk veranderd bent door uw oogziekte van Graves?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Heeft u het gevoel op straat te worden nagestaard vanwege uw oogziekte van Graves?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Heeft u het gevoel dat mensen vervelend reageren vanwege uw oogziekte van Graves?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Heeft u het gevoel dat uw oogziekte van Graves invloed heeft op uw zelfvertrouwen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Heeft u het gevoel dat uw oogziekte van Graves invloed heeft op het sluiten van vriendschappen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Heeft u het gevoel dat u in een sociaal isolement zit vanwege uw oogziekte van Graves?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Heeft u het gevoel dat u minder vaak op foto's staan dan vroeger, voordat u de oogziekte van Graves had?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Probeerde u veranderingen in uw uiterlijk als gevolg van de oogziekte van Graves te camoufleren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>