

# Bodychart

Naam:.....

Geboorte datum:.....

Datum van afname:.....

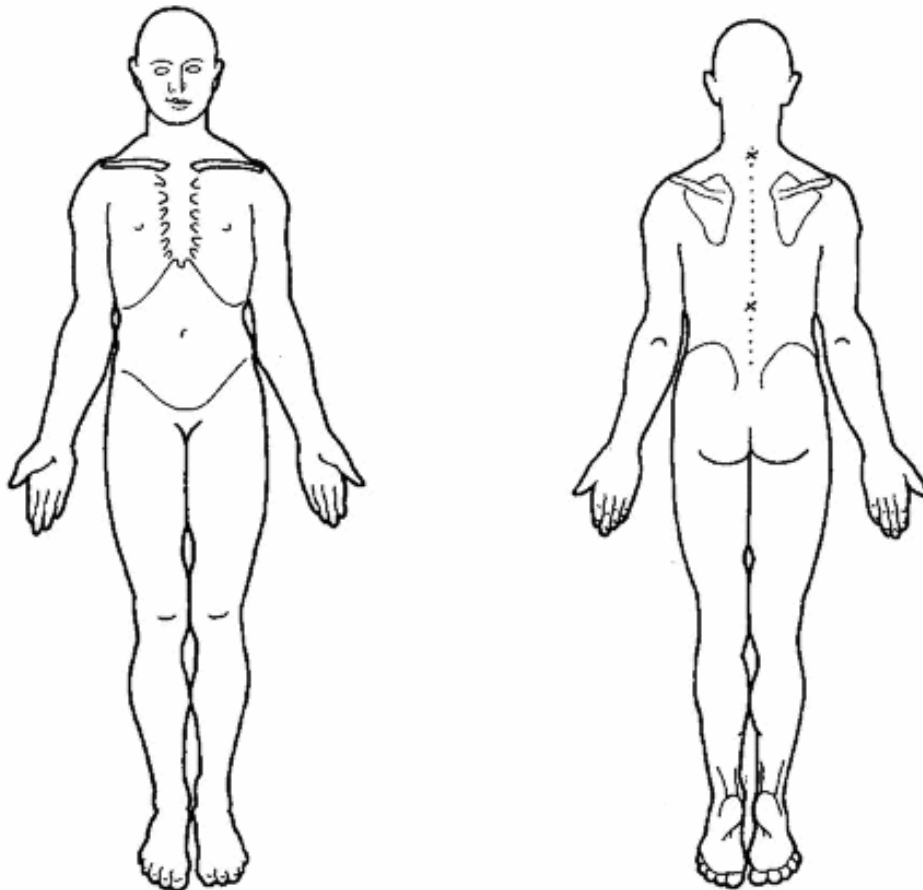
**Gelieve uw klachten aan te duiden als volgt op deze figuur:**

// : pijn

o : tintelingen, slapend gevoel

X : pijscheuten, forse pijn

= : gevoelloos, doofheid



---

**McKENZIE KLINIEK LIMBURG**

Dr. Haubenlaan 38/4 3630 Maasmechelen België

Tel: 089772727

e-mail: [secretariaat@opener.be](mailto:secretariaat@opener.be) [info@mckl.net](mailto:info@mckl.net)

[www.opener.be](http://www.opener.be) [www.mckl.net](http://www.mckl.net)

# KNEE DISABILITY QUESTIONNAIRE

## Instructies aan patiënt

**Bepaal voor elke zin of u de beschreven beweging of activiteit in de afgelopen 24 uur uitvoerde en in welke mate u er last van had in de aangedane knie. Last is pijn en/of bewegingsbeperking.**

Datum:

Naam :

VAS-schaal 0-10 ( 0 = geen klachten, zonder problemen / 10 = verschrikkelijk veel klachten )

	geen											wel
<input type="checkbox"/> Ik word 's nachts wakker omdat ik last heb v/d knie.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Bij het opstaan voelt mijn knie <b>stijf / pijnlijk / onstabiel</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Ik heb last van mijn knie bij het opstaan uit een stoel / bank – hoog / laag.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Ik heb last van mijn knie bij het staan. Maximaal: ..... min	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Tijdens het wandelen heb ik last van mijn knie. Maximaal: ..... min	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Tijdens het fietsen heb ik last van mijn knie. Maximaal: ..... min	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Trap aflopen geeft klachten.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Trap oplopen geeft klachten.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> De meeste klachten in rust heb ik: 's ochtends / 's middags / 's avonds / 's nachts.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Ik heb last van mijn knie tijdens mijn gebruikelijke dagelijkse activiteiten in en om het huis. Welke activiteiten: .....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Ik heb last van mijn knie tijdens mijn gebruikelijke werkzaamheden <b>werk / hobby</b> Welke: .....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Ik heb last van mijn knie tijdens mijn recreatieve activiteiten <b>sport / hobby</b> Welke activiteiten: .....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Mijn knie zit regelmatig op slot.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Mijn knie kraakt / knarst tijdens activiteiten. Welke activiteiten: .....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Ik zak wel eens door mijn knie.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Mijn knie voelt wel eens warm. Wanneer: .....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Mijn knie is wel eens gezwollen. Wanneer: ..... Waar: .....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Mijn knie geeft me een onzeker gevoel.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Ik wrijf meer dan eens per dag over de knie.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/> Ik ben prikkelbaar tegen mensen omdat ik last heb van de knie.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Funct. belastb. score:  $\frac{\text{aantal wel}}{\text{wel+geen dagen}} \times 100 = \dots \% \text{ beperking}$

**McKENZIE KLINIEK LIMBURG**  
 Dr. Haubenlaan 38/4 3630 Maasmechelen België  
 Tel: 089772727  
 e-mail: [secretariaat@opener.be](mailto:secretariaat@opener.be) [info@mckl.net](mailto:info@mckl.net)  
[www.opener.be](http://www.opener.be) [www.mckl.net](http://www.mckl.net)