

Naam of ID Nummer _____

Gelieve voor elk onderstaand symptoom 'Ja' of 'Nee' te omcirkelen om aan te geven of u dit symptoom hebt ervaren **GEDURENDE DE VOORBIJE WEEK**. Indien u 'Ja' omcirkelt, gelieve de intensiteit van uw ervaring te beoordelen op een schaal van 1 tot 5. Gelieve ook het ongemak dat veroorzaakt werd door dit symptoom te beoordelen op een schaal van 1 tot 5.

	Symptoom	Ja	Nee	Intensiteit	Ongemak
				Licht → Ernstig	Licht → Ernstig
1	Zwaarte in uw gezicht, hoofd of hals	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2	Spannend gevoel in uw gezicht, hoofd of hals	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3	Pijn in uw gezicht, hoofd of hals	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4	Gevoelloosheid in uw gezicht, hoofd of hals	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5	Vervelend gevoel in uw gezicht, hoofd of hals	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6	Zwelling in uw gezicht, hoofd of hals	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7	Hard gevoel in uw gezicht, hoofd of hals	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8	Tintelingen in uw gezicht, hoofd of hals	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9	Speldenprikken in uw gezicht, hoofd of hals	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10	Moeite om hoofd of hals te bewegen	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11	Moeite om voorover te buigen	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12	Moeite om uw mond te openen	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13	Moeite om uw tong te bewegen	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14	Moeite om te staan	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
15	Moeite om te kauwen	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
16	Moeite met doorslikken van vaste voeding	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
17	Moeite met doorslikken van zachte voeding of vloeistoffen	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
18	Gevoel dat er iets vastzit in de keel	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
19	Gebrek aan zelfvertrouwen	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
20	Gebrek aan vertrouwen in uw verzekeringsmaatschappij	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
21	Zorgen over hoe u eruitziet	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
22	Zich minder seksueel aantrekkelijk vinden	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Wens dit niet te beantwoorden			
23	Frustraties over uw verzekeringsmaatschappij	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
24	Verlies van vertrouwen in uw lichaam	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
25	Vermoeidheid	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
26	Gebrek aan interesse in seksuele activiteiten	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Wens dit niet te beantwoorden			
27	Onvermogen om hobby's en vrijetijdsactiviteiten die u vroeger deed, verder te zetten	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
28	Verminderde sociale activiteiten	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
29	Verminderde fysieke activiteiten	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
30	Verminderde seksuele activiteiten	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Wens dit niet te beantwoorden			
31	Moeite met seksuele activiteiten	Ja	Nee	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Wens dit niet te beantwoorden			