

Gedurende de laatste twee weken, hoeveel last heeft u gehad van:

	Helemaal niet	Een beetje	Enigszins	Behoorlijk	Heel erg
1 kortademigheid	0	1	2	3	4
2 koortsig voelen	0	1	2	3	4
3 zweten of rillingen	0	1	2	3	4
4 misselijkheid en/of braken	0	1	2	3	4
5 rugpijn	0	1	2	3	4
6 hoofdpijn	0	1	2	3	4
7 een stijve of pijnlijke nek	0	1	2	3	4
8 spierpijn	0	1	2	3	4
9 gewrichtspijn of zwelling	0	1	2	3	4
10 spierzwakte	0	1	2	3	4
11 vermoeidheid of weinig energie	0	1	2	3	4
12 slechter voelen na normale lichamelijke inspanning	0	1	2	3	4
13 problemen met in- of doorslapen	0	1	2	3	4
14 meer slaap nodig hebben dan normaal	0	1	2	3	4
15 niet uitgerust wakker worden	0	1	2	3	4
16 een verdoofd gevoel of tintelingen	0	1	2	3	4
17 schietende, stekende of brandende pijn	0	1	2	3	4
18 trekkingen in de huid of spieren	0	1	2	3	4
19 slecht tegen normaal licht of geluid kunnen	0	1	2	3	4
20 evenwichtsproblemen en/of een draaiurig gevoel	0	1	2	3	4
21 niet helder zien of problemen met focussen	0	1	2	3	4
22 blaas- of plasklachten	0	1	2	3	4
23 licht in het hoofd voelen of onzeker staan	0	1	2	3	4
24 koude of warme sensaties in armen of benen	0	1	2	3	4
25 onregelmatige of snelle hartslag	0	1	2	3	4
26 prikkelbaar of verdrietig gevoel of minder plezier	0	1	2	3	4
27 gevoelens van paniek, angst of zorgen	0	1	2	3	4
28 moeite om op woorden of namen te komen	0	1	2	3	4
29 geheugenproblemen	0	1	2	3	4
30 langzamer denken	0	1	2	3	4

Hebben enige van voorgaande klachten u - gedurende de afgelopen 2 weken - gehinderd bij uw functioneren in uw werk, sociale contacten of familie ?

- Ja
- Nee

Zo ja, geef dan hieronder de nummers van de klachten aan, beginnend met 1: de meest hinderende klacht, gevolgd door 2: de daaropvolgende hinderende klacht, enzovoort.

1: ..... | 2: ..... | 3: ..... | 4: ..... | 5: ..... | 6: ..... | 7: .....

**Tot slot:**

Ervaat u verspringende spierpijn?

- Ja
- Nee

Ervaat u verspringende pijn in gewrichten?

- Ja
- Nee

Ervaat u een tintelend, brandend gevoel en/of gevoelloosheid, dat zich verplaatst of komt en gaat?

- Ja
- Nee