

Lastmeter

Hoeveel last heeft u van problemen, klachten, zorgen?

Als eerste...

Omcirkel het nummer op onderstaande thermometer dat het best samenvat hoeveel last u de afgelopen week (inclusief vandaag) heeft gehad op lichamelijk, emotioneel, sociaal en praktisch gebied.



10 = extreem veel last 0 = helemaal geen last

Als tweede...

Wilt u voor onderstaande gebieden aangeven of u de afgelopen week (inclusief vandaag) hier moeite mee heeft gehad of problemen bij heeft ervaren? Wilt u elke vraag beantwoorden?

	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>		<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Praktische problemen			Religieuze/spirituele problemen		
zorg voor kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zin van het leven/levensbeschouwing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wonen/huisvesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vertrouwen in God/geloof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huishouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lichamelijke problemen		
vervoer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	uiterlijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
werk/school/studie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	veranderde urine-uitscheiding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
financiën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verstopping/obstipatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gezins-/sociale problemen			eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
omgang met partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	opgezwollen gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
omgang met kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	koorts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
omgang met familie/vrienden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mondslimvlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionele problemen			misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
greep hebben op emoties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	droge, verstopte neus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
herinneren van dingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zelfvertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seksualiteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	droge, jeukerige huid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neerslachtigheid/somberheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	slaap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	benauwdheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eenzaamheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	duizelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
concentratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	praten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schuldgevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	smaakvermogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
controleverlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	veranderingen in gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			tintelingen in handen/voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			wassen/aankleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			dagelijkse bezigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			moeheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			conditie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			spierkracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere problemen:

Zou u met een deskundige willen praten over uw problemen? ja misschien nee

Datum van invullen: