

Navn:

Dato:

Tegn en cirkel omkring det svar, der bedst beskriver dine oplevelser ved hver udtalelse.

Scoring: Aldrig = 0, Sjældent = 1, Nogle gange = 2, Ofte = 3, Altid = 4

1	Jeg føler mig træt og ikke udhvilet, når jeg vågner.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
2	Mine muskler føles stive og smertende.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
3	Jeg har angstanfald.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
4	Jeg skærer tænder eller spænder i kæberne.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
5	Jeg har problemer med diarré og/eller forstoppelse.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
6	Jeg behøver hjælp for at klare mine daglige aktiviteter.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
7	Jeg er sensitiv over for skarpt lys.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
8	Jeg bliver hurtigt træt ved fysisk aktivitet.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
9	Jeg har smerter over hele kroppen.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
10	Jeg har hovedpine.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
11	Jeg føler ubehag i blæren og/eller svie ved vandladning.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
12	Jeg sover dårligt.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
13	Jeg har svært ved at koncentrere mig.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
14	Jeg har hudproblemer som tørhed, kløe eller udslæt.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
15	Stress gør mine fysiske symptomer værre.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
16	Jeg føler mig trist eller deprimeret.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
17	Jeg har lav energi.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
18	Jeg har muskelspændinger i nakke og skuldre.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
19	Jeg har smerter i kæben.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
20	Visse lugt, såsom parfumer, gør mig svimmel og kvalm.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
21	Jeg urinerer ofte.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
22	Mine ben er ukomfortable og rastløse, når jeg prøver at sove om aftenen.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
23	Jeg har svært ved at huske ting.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
24	Jeg var udsat for traumer som barn.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
25	Jeg har smerter i bækken området.	Aldrig	Sjældent	Nogle Gange	Ofte	Altid
						Total=

Navn:

Dato:

Er du blevet diagnosticeret af en læge med en af følgende lidelse?

Sæt venligst kryds i boksen til højre for hver diagnose og skriv året for diagnosen.

		NEJ	JA	År diagnosticeret
1	Urolige ben (Restless Leg Syndrome)			
2	Kronisk Træthedssyndrom			
3	Fibromyalgi			
4	Temporomandibulær dysfunktion (TMD)			
5	Migræne eller spændingshovedpine			
6	Irritabel tarmsyndrom (IBS)			
7	Duft- og kemikalieoverfølsomhed (MCS)			
8	Nakkeskade (inkl. piskesmæld)			
9	Angst eller panikanfald			
10	Depression			