

## Velkommen til Center for Funktionelle Lidelsers startspørgeskema

For at vi kan sikre dig den mest hensigtsmæssige behandling i Center for Funktionelle Lidelser, er det nødvendigt for os at vide mere om din situation. Vi beder dig derfor om at besvare dette spørgeskema, inden du møder i centeret første gang. Det tager ca. 30 minutter at besvare skemaet.

Det er vores erfaring, at en funktionel lidelse kan påvirke både humør, arbejdsliv og sociale relationer. Vi stiller derfor mange forskellige spørgsmål, og vi vil bede dig om at besvare alle spørgsmålene, så godt som du kan. Oplysningerne fra spørgeskemaet anvendes sammen med samtalen i centeret til at tilrettelægge behandlingen bedst muligt til din situation.

Vi vil også bede dig om at besvare et kort spørgeskema, umiddelbart efter dit behandlingsforløb i centeret er afsluttet.

Alle oplysninger, der indsamles via spørgeskemaet, er fortrolige og omfattet af tavshedspligt. Oplysninger anvendes kun i forbindelse med dit behandlingsforløb i centeret og videregives ikke til andre. Hvis du ønsker det, har du ret til at se de oplysninger, der er indsamlet i forbindelse med spørgeskemaet samt ret til at få rettet evt. forkerte oplysninger. Du har også ret til at få begrænset behandlingen af dine oplysninger samt til at klage til Datatilsynet over behandlingen af dine oplysninger. Hvis du ønsker at se de oplysninger, der er indsamlet om dig, få dem berigtiget eller at bruge din ret til at begrænse behandlingen af dine oplysninger i forbindelse med dit behandlingsforløb, bedes du tage telefonisk kontakt til det center, du er henvist til.

## SAMTYKKE TIL KVALITETSUDVIKLING OG FORSKNING

Vi ønsker dit samtykke til at må anvende dine oplysninger fra dette spørgeskema, og til videregivelse af oplysninger fra din patientjournal til:

### *Den nationale kvalitets- og forskningsdatabase for personer med en funktionel lidelse (FunkData)*

De 5 centre i Danmark samarbejder om at forbedre den fremtidige behandling gennem etablering af en kvalitets- og forskningsdatabase, som skal danne grundlag for konkrete kvalitetsudviklingsprojekter og forskningsprojekter inden for undersøgelse og behandling.

Vi beder derfor om din tilladelse til at bruge oplysninger du indtaster i spørgeskemaet til dette formål.

Vi vil også bede om dit samtykke til, at følgende oplysninger videregives fra din patientjournal, fra det center som du er tilknyttet, til Kvalitets- og forskningsdatabasen:

- Klinisk undersøgelse
- Diagnose(r)
- Medicin
- Behandling

### *Databehandling*

Alle oplysninger er fortrolige og omfattet af tavshedspligt. Oplysninger fra databasen kan kun anvendes i forskningsprojekter inden for samme formål, som beskrevet ovenfor, og som har de formelle godkendelser fra offentlige myndigheder. Desuden kan oplysningerne anvendes til konkrete kvalitetsudviklingsprojekter, som gennemføres lokalt i centrene, som er en del af dette samarbejde.

Sådan bruger vi dine oplysninger: Oplysningerne behandles efter databeskyttelsesforordningen art. 6, stk. 1, litra a og art. 9, stk. 2, litra a, som er reglerne omkring samtykke.

Sletning og opbevaring af dine data: Vi vil slette eller anonymisere data, når det ikke længere er relevant at opbevare dine personoplysninger.

Du gøres opmærksom på: Oplysninger fra spørgeskemaet anvendes i forbindelse med dit behandlingsforløb i centeret og videregives ikke til andre. Hvis du ønsker det, har du ret til at se de oplysninger, der er indsamlet i forbindelse med spørgeskemaet samt ret til at få rettet evt. forkerte oplysninger. Du har også ret til at få begrænset behandlingen af dine oplysninger samt til at klage til Datatilsynet over behandlingen af dine oplysninger. Hvis du ønsker at se de oplysninger, der er indsamlet om dig, få dem berigtiget eller at bruge din ret til at begrænse behandlingen af dine oplysninger i forbindelse med dit behandlingsforløb, bedes du tage telefonisk kontakt til Smertecenter Syd/Center for Funktionelle Lidelser, OUH som er databaseansvarlig på telefon 65413869.

### *Yderligere information*

Behandling og opbevaring af personoplysninger sker i overensstemmelse med Databeskyttelsesforordningen og Databeskyttelsesloven. Hvis du har spørgsmål til Region Syddanmarks behandling af dine oplysninger, er du altid velkommen til at kontakte Region Syddanmarks databeskyttelsesrådgiver via din digitale postkasse (borger.dk eller e-boks.dk). Du kan også sende en e-mail til [databeskyttelsesraadgiver@rsyd.dk](mailto:databeskyttelsesraadgiver@rsyd.dk). Spørgsmål vedrørende databasen kan rettes til Henrik Bjarke Vægter (ansvarlig for databasen) eller til den specialeansvarlige overlæge på Center for Funktionelle Lidelser, Odense Universitetshospital. Center for Funktionelle Lidelser, Odense Universitetshospital er ansvarlig for databasen, som er godkendt af Datatilsynet.



Uanset om du giver os din tilladelse eller ej, så vil det ikke påvirke dit behandlingsforløb i centeret. Hvis du fortryder at have givet din tilladelse, kan du til hver en tid tilbagekalde dit samtykke ved at kontakte Smertecenter Syd/Center for Funktionelle Lidelser, Odense Universitetshospital på telefon 65 41 38 69. Indsamlingen af data om dig til brug for kvalitetssikring og forskning vil herefter ophøre.

*Erklæring fra deltager*

Jeg bekræfter hermed, at jeg har fået tilstrækkelig information om databasens indhold, formål, metode, herunder hvilke typer af oplysninger, der videregives fra min patientjournal til databasen, samt hvad disse oplysninger skal bruges til og hvorledes de behandles. Jeg ved, at det er frivilligt at deltage, og at jeg altid kan trække mit samtykke tilbage uden at miste mine nuværende eller fremtidige rettigheder til behandling.

Samtykket til videregivelsen bortfalder senest et år efter, det er afgivet, hvorefter du igen vil blive spurgt om du vil give dit samtykke til videregivelse af dine oplysninger til brug for databasen. At et samtykke efterfølgende kaldes tilbage eller ikke ønskes forlænget efter bortfald, bevirker ikke, at allerede videregivne oplysninger skal slettes eller udgå af databasen.

SAMTYKKE	NEJ	JA
Jeg giver hermed mit samtykke til, at de svar jeg har givet i spørgeskemaerne må videregives til kvalitets- og forskningsdatabasen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg giver hermed mit samtykke til, at ovenstående oplysninger fra min patientjournal må videregives til brug for databasen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg giver hermed mit samtykke til, at det center jeg er henvist til må kontakte mig i forbindelse med fremtidige projekter, hvor min deltagelse kan være relevant for mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## Fysiske symptomer fra hjerte og lunger

I de sidste 4 uger, hvor meget har du været generet af:

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
Hjertebanken eller uro i brystet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trykken eller smerter i brystet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forpustethed uden anstrengelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfald med vejrtrækningsbesvær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varm- eller koldsveden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtørhed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## Fysiske symptomer fra mave og tarm

I de sidste 4 uger, hvor meget har du været generet af:

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
Hyppige, løse afføringer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mavesmerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppustethed, spændings- eller tyngdefornemmelse i maven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opgylpninger eller sure opstød?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilpashed eller kvalme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brændende fornemmelse i brystet eller maven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## Fysiske symptomer fra muskler og led

I de sidste 4 uger, hvor meget har du været generet af:

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
Smerter i armene eller benene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelsmerter eller ømhed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledsmerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse af lammelse i arme eller ben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rygsmerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter, som flytter sig fra sted til sted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ubehagelig dødhedsfølelse eller føleforstyrrelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## Generelle symptomer

I de sidste 4 uger, hvor meget har du været generet af:

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
Koncentrationsbesvær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Træthed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hukommelsesbesvær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## Beskrivelse af dine symptomer

1. Hvornår begyndte dine symptomer (dag/måned/årstal)? \_\_\_\_\_

2. Hvor intense har dine fysiske symptomer været i de sidste 7 dage?

Slet ingen symptomer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Værst mulige symptomer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. Hvor meget har dine fysiske symptomer påvirket dine dagligdags aktiviteter i de sidste 7 dage?

Slet ikke påvirket	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Påvirket ekstremt meget
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Har symptomerne forstyrret dit arbejde/dine daglige opgaver i de sidste 14 dage?

Overhovedet ikke	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Rigtig meget
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. Har symptomerne forstyrret dit sociale liv i de sidste 14 dage?

Overhovedet ikke	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Rigtig meget
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6. Har symptomerne forstyrret dit familieliv/dine hjemlige forpligtelser i de sidste 14 dage?

Overhovedet ikke	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Rigtig meget
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	







## Dit helbred

De følgende spørgsmål handler om din opfattelse af dit helbred. Oplysningerne vil give et overblik over, hvordan du har det, og hvor godt du er i stand til at udføre dine daglige gøremål.

	Fremragende	Vældig godt	Godt	Mindre godt	Dårligt
1. Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Sammenlignet med for ét år siden, hvordan er dit helbred alt i alt **nu**?

Meget bedre nu end for 1 år siden	<input type="checkbox"/>
Noget bedre nu end for 1 år siden	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde det samme	<input type="checkbox"/>
Noget dårligere nu end for 1 år siden	<input type="checkbox"/>
Meget dårligere nu end for 1 år siden	<input type="checkbox"/>





## Aktiviteter i dagligdagen

Er du pga. dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

	Ja, meget begrænset	Ja, lidt begrænset	Nej, slet ikke begrænset
<u>Krævende aktiviteter</u> som fx at løbe, løfte tunge ting, deltage i anstrengende sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Lettere aktiviteter</u> så som at flytte et bord, støvsuge eller cykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At løfte eller bære dagligvarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At gå <u>flere</u> etager op ad trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At gå <u>én</u> etage op ad trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At bøje sig ned eller gå ned i knæ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå <u>mere end én kilometer</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå <u>nogle hundrede meter</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå <u>100 meter</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå i bad eller tage tøj på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Aktiviteter i dagligdagen

1. Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
a. Jeg har skåret ned på den <u>tid</u> , jeg bruger på arbejde eller andre aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jeg har <u>nået mindre</u> , end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jeg har været begrænset i hvilken <u>slags</u> arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jeg har haft <u>besvær</u> med at udføre mit arbejde eller andre aktiviteter (fx krævede det en ekstra indsats)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
a. Jeg har skåret ned på den <u>tid</u> , jeg bruger på arbejde eller andre aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jeg har <u>nået mindre</u> , end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre <u>omhyggeligt</u> end jeg plejer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
3. Inden for <u>de sidste 4 uger</u> , hvor meget har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer vanskeliggjort din kontakt med familie, venner, naboer eller andre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Smerter

1. Hvor stærke fysiske smerter har du haft i de sidste 4 uger?

Ingen smerter	<input type="checkbox"/>
Meget lette smerter	<input type="checkbox"/>
Lette smerter	<input type="checkbox"/>
Middelstærke smerter	<input type="checkbox"/>
Stærke smerter	<input type="checkbox"/>
Meget stærke smerter	<input type="checkbox"/>

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
2. Inden for <u>de sidste 4 uger</u> , hvor meget har fysiske smerter vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Generelt

Disse spørgsmål handler om, hvordan du har haft det i de sidste 4 uger. For hvert spørgsmål, vælg venligst det svar, som bedst beskriver, hvordan du har haft det.

Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger:

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
a. Har du følt dig veloplagt og fuld af liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Har du været meget nervøs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Har du været så langt nede, at intet har kunne opmuntre dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Har du følt dig rolig og afslappet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Har du været fuld af energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Har du følt dig trist til mode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Har du følt dig udslidt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Har du været glad og tilfreds?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Har du følt dig træt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Dit helbred

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
1. Inden for <u>de sidste 4 uger</u> , hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (fx besøge venner, slægtninge osv.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Hvor rigtige eller forkerte er de følgende udsagn for dit vedkommende?

	Helt rigtigt	Overvejende rigtigt	Ved ikke	Overvejende forkert	Helt forkert
a. Jeg bliver nok lettere syg end andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jeg er lige så rask som enhver anden, jeg kender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jeg forventer, at mit helbred bliver dårligere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mit helbred er fremragende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Bekymringer om sygdom og helbred

1. I hvilken grad har du, i de sidste 4 uger, været generet af:

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
a. Bekymringer om, at der er noget alvorligt galt med din krop?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bekymringer over, om du selv lider af en sygdom, som du har hørt eller læst om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bekymringer over, om du lider af en alvorlig sygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tanker om, at lægen måske tager fejl, hvis hun/han siger, at der ikke er noget at bekymre sig om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Bekymringer om dit helbred?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tilbagevendende tanker om, at du fejler noget, og som du har svært ved at slå ud af hovedet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Dit humør

1. I hvilken grad har du, i de sidste 4 uger, været generet af:

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
a. At du pludselig bliver bange uden grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nervøsitet eller indre uro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Anfald af rædsel eller panik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. At bekymre dig for meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. At føle dig ængstelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. At føle dig uden håb for fremtiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. En følelse af, at alting er en anstrengelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. At føle dig nedtrykt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. En følelse af ingenting at være værd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Tanker om at gøre ende på dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. En følelse af at være fanget i en fælde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. At føle dig ensom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Selvbeprejdelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## Tanker om dine fysiske symptomer

På de næste sider ønsker vi information om hvilke tanker og oplevelser du gør dig om dine symptomer. Ved hver spørgsmål bedes du vælge det tal mellem 0 og 10, som stemmer bedst overens med dine tanker og oplevelser på nuværende tidspunkt.

1. Hvor meget påvirker dine symptomer dit liv?

Slet ingen påvirkning    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Alvorlig påvirkning

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

2. Hvor lang tid tror du dine symptomer vil vare?

Meget kort tid    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Altid

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

3. Føler du, at du har kontrol over dine symptomer?

Ingen kontrol overhovedet    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Meget stor kontrol

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

4. Tror du, at behandlingen kan indvirke positivt på dine symptomer?

Nej, slet ikke    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Ja, i høj grad

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

5. Er du bekymret over dine symptomer?

Slet ikke bekymret    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Meget bekymret

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--





6. Føler du, at du forstår dine symptomer?

Forstår dem slet ikke    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Forstår dem meget klart

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

7. Påvirker dine symptomer dig følelsesmæssigt? (Dvs. gør de dig vred, bange, urolig eller deprimeret?)

Slet ingen påvirkning    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Meget stor påvirkning

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

8. Hvor sandsynligt tror du, det er, at du kommer dig helt?

Ikke sandsynligt    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Meget sandsynligt

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

9. Vil du beskrive dit problem som:

Legemlig sygdom alene	<input type="checkbox"/>
Psykisk besvær	<input type="checkbox"/>
Både legemligt og psykisk	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

10. Jeg ved præcist, hvad jeg fejler

Nej, slet ikke    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Ja, i høj grad

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--





1. Angiv i prioriteret rækkefølge, hvad du mener, er de tre vigtigste årsager til dine symptomer.

1. årsag:

2. årsag

3. årsag



## Håndtering af dine fysiske symptomer

Nedenstående udsagn handler om ting, du måske har gjort eller ikke har gjort for at håndtere dine symptomer. Angiv hvor ofte du har gjort følgende de sidste 4 uger.

	Slet ikke	Sjældent	Nogle dage	De fleste dage	Hver dag
a. Jeg har undgået fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jeg har overgjort nogle ting og har været nødt til at hvile bagefter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jeg har sat dele af mit liv på standby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jeg har presset mig selv til det yderste, så jeg ikke kan mere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Jeg har undgået de ting, jeg plejer at gøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Jeg har gjort, som jeg plejer, indtil min krop sagde fra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Jeg er gået i seng i løbet af dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Jeg har følt mig forpligtet til at udføre mine daglige gøremål, uanset hvor dårligt jeg har det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Jeg har prøvet at lave for meget og som resultat fået det endnu værre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Jeg har ikke været i stand til at opretholde mit sædvanlige aktivitetsniveau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Jeg har ikke sat tempoet ned, men er bare fortsat som jeg plejer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Jeg har skåret ned på mine sædvanlige aktiviteter, så jeg kan komme mig hurtigere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Jeg skynder mig at få tingene gjort, før jeg bryder sammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Forværring efter aktivitet

1. For hvert af nedenstående symptomer, angiv venligst et tal for både hyppighed og for sværhedsgrad. Udfyld venligst fra venstre mod højre.

Ex. Hvis du gennem de seneste 6 måneder, har haft symptomet lidt af tiden og du har været generet af symptomet i moderat grad angives tallene 1 og 2.

### Symptom

### Hyppighed:

Gennem de seneste 6 måneder, hvor ofte har du haft symptomet?

- 0: Aldrig
- 1: Lidt af tiden
- 2: Ca. halvdelen af tiden
- 3: Det meste af tiden
- 4: Hele tiden

### Sværhedsgrad:

Gennem de seneste 6 måneder, hvor meget har du været generet af symptomet?

- 0: Slet ikke
- 1: Lidt
- 2: I moderat grad
- 3: I svær grad
- 4: I meget svær grad

	Hyppighed						Sværhedsgrad				
	0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
a. Tunghedsfornemmelse i kroppen efter start af fysisk træning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Udtalt ømhed eller træthed dagen efter ikke-anstrengende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mental træthed efter den mindste anstrengelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fysisk træthed efter minimal træning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Fysisk udmattelse eller almen sygdomsfølelse efter let aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





2. Hvis du oplever forværring efter aktivitet, hvor længe varer det så?:

Jeg oplever ikke forværring efter aktivitet	<input type="checkbox"/>
Mindre end 1 time	<input type="checkbox"/>
2-3 timer	<input type="checkbox"/>
4-10 timer	<input type="checkbox"/>
11-13 timer	<input type="checkbox"/>
14-23 timer	<input type="checkbox"/>
Mere end 24 timer	<input type="checkbox"/>





## Højde og vægt

Hvor høj er du? \_\_\_\_\_

Hvor meget vejer du? \_\_\_\_\_





## Familieforhold og uddannelse

1. De følgende spørgsmål handler om dit familieforhold.

	NEJ	JA
Jeg bor sammen med ægtefælle/samlever/kæreste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med barn/børn under 16 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med andre på 16 år eller derover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Hvad er din højeste fuldførte uddannelse?

Grundskoleuddannelse	<input type="checkbox"/>
Gymnasial uddannelse	<input type="checkbox"/>
Erhvervsfaglig uddannelse	<input type="checkbox"/>
Kort videregående uddannelse	<input type="checkbox"/>
Mellemlang videregående uddannelse	<input type="checkbox"/>
Lang videregående uddannelse	<input type="checkbox"/>







## Arbejdsliv

1. Hvilket udsagn passer bedst på din nuværende arbejdssituation?

I arbejde	<input type="checkbox"/>
Sygemeldt på deltid	<input type="checkbox"/>
Fuldtidssygemeldt	<input type="checkbox"/>
Arbejdsledig	<input type="checkbox"/>
I fleksjob	<input type="checkbox"/>
Sygemeldt fra fleksjob	<input type="checkbox"/>
Førtidspensionist	<input type="checkbox"/>
Folkepensionist	<input type="checkbox"/>
Studerende	<input type="checkbox"/>
Anden offentlig ydelse	<input type="checkbox"/>

2. Hvor mange år har du været på arbejdsmarkedet (inklusive perioder hvor du har været sygemeldt fra dit arbejde)?

\_\_\_\_\_ år





## Rygning, alkohol og stoffer

### 1. Ryger du?

Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>
Ja, mindst en gang om ugen	<input type="checkbox"/>
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/>
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>

	NEJ	JA
2. Er der nogen der inden for de sidste 12 mdr. har påtalt, at du drikker for meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Er der nogen der inden for de sidste 12 mdr. har påtalt, at du ryger for meget hash eller tager andre stoffer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Du har nu besvaret spørgeskemaet. Tak for hjælpen.

