



## Center for Funktionelle Lidelsers opfølgningsspørgeskema

I forbindelse med, at du har været i et behandlingsforløb for en funktionel lidelse, vil vi bede dig om at besvare et opfølgende spørgeskema.

Det tager cirka 20 minutter at besvare skemaet.

1. Sammenlignet med da du startede på Center for Funktionelle Lidelser, hvordan er dit helbred alt i alt **nu**?

Meget værre	<input type="checkbox"/>
Værre	<input type="checkbox"/>
Uændret	<input type="checkbox"/>
Bedre	<input type="checkbox"/>
Meget bedre	<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. 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"/>	

2. Hvor meget har dine fysiske symptomer påvirket dine daglige 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"/>	

3. 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"/>	

4. 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"/>	

5. 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>naet 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>naet 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

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

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

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

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

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

4. Er du bekymret over dine symptomer?

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

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--





5. 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"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

6. 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"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

7. 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"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--





## 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"/>



## 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"/>



## Brugeroplevet kvalitet og tilfredshed

1. De sidste spørgsmål spørger ind til dine oplevelser af kvalitet og din tilfredsheds med behandlingsforløbet.

	Meget tilfreds	Tilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Har ikke modtaget
a. Hvor tilfreds er du med den indledende undersøgelse inkl. evt. diagnoser, sygdomsforklaring og anbefalinger du har modtaget i centeret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hvor tilfreds er du med den information eller undervisning om funktionelle lidelser du har modtaget i centeret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hvor tilfreds er du med den efterfølgende behandling i centeret med evt. medicin, psykoterapi, fysioterapi og socialrådgiver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hvor tilfreds er du med afrundingen af dit behandlingsforløb med evt. afslutningssamtale, ting at arbejde videre med selv, anbefalinger og henvisning til videre behandling andetsteds?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Meget tilfreds	Tilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds
e. Hvor tilfreds er du med inddragelsen af dine pårørende i dit behandlingsforløb i centeret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hvor tilfreds er du overordnet med kvaliteten af din samlede behandling i centeret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Hvor tilfreds er du overordnet med mængden af din samlede behandling i centeret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hvor tilfreds er du med ventetiden til den indledende undersøgelse i centeret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Hvor tilfreds er du overordnet med din samlede behandling i centeret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Intet	Lille	Moderat	Stort
j. Hvilket udbytte vurderer du overordnet at have fået af din samlede behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Hvor sandsynligt er det, at du vil anbefale centeret til en ven?

Slet 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"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

3. Hvad var godt (beskriv)?

4. Hvad var mindre godt (beskriv)?

5. Forslag til forbedringer (beskriv)?

Du har nu besvaret spørgeskemaet. Tak for hjælpen.