

Lastmeter

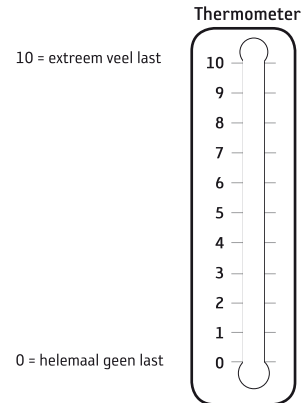
Invuldatum: _____



Hoeveel last hebt u van problemen, klachten, zorgen?

Vul eerst de thermometer in.

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



Probleemlijst

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

Praktische problemen

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Zorg voor kinderen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Wonen / huisvesting | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Huishouden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Vervoer | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Werk / school / studie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Financiën | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verzekering | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

Gezins- / sociale problemen

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Omgang met partner | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Omgang met kinderen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Omgang met familie / vrienden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

Emotionele problemen

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Greep hebben op emoties | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Herinneren van dingen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Zelfvertrouwen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Angsten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Neerslachtigheid / somberheid | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Spanning | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Eenzaamheid | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Concentratie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Schuldgevoel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Controleverlies | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

Religieuze/spirituele problemen

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Zin van het leven / levensbeschouwing | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Vertrouwen in god / geloof | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

Lichamelijke problemen

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Uiterlijk | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Veranderde urine – uitscheiding | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Verstopping / obstipatie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Diarree | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Eten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Opgezwollen gevoel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Koorts | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Mondslimvlies | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Misselijkheid | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Droge, verstopte neus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Pijn | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Seksualiteit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Droge, jeukerige huid | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Slaap | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Benauwdheid | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Duizeligheid | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Praten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Smaakvermogen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Veranderingen in gewicht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Tintelingen in handen / voeten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Wassen / aankleden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Dagelijkse bezigheden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Moeheid | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Conditie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Spijkracht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

Andere problemen: _____

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