

Naam:

Datum:

	nooit	zelden	soms	vaak	(bijna) altijd
1) Ik voel me niet uitgeslapen als ik 's morgens wakker word					
2) Mijn spieren voelen stijf en pijnlijk					
3) Ik heb angstaanvallen					
4) Ik knars of klem met mijn tanden					
5) Ik heb last van diarree of constipatie					
6) Ik heb hulp nodig bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten					
7) Ik ben gevoelig voor fel licht					
8) Ik ben snel moe bij fysieke activiteiten					
9) Ik heb pijn over mijn gehele lichaam					
10) Ik heb last van hoofdpijn					
11) Ik heb een ongemakkelijk gevoel in mijn blaas en/of een branderig gevoel bij het plassen					
12) Ik slaap niet goed					
13) Ik kan me moeilijk concentreren					
14) Ik heb huidproblemen zoals droge huid, jeuk of huiduitslag					
15) Stress verergert mijn lichamelijke klachten					
16) Ik voel me neerslachtig of depressief					
17) Ik heb weinig energie					
18) Ik heb spierspanning in mijn nek en schouders					
19) Ik heb pijn in mijn kaak					
20) Bepaalde geuren, zoals parfums, maken me duizelig en misselijk					
21) Ik moet vaak plassen					
22) Mijn benen voelen ongemakkelijk en rusteloos wanneer ik 's avonds wil gaan slapen					
23) Ik heb moeite dingen te onthouden					
24) Als kind heb ik traumatische gebeurtenissen meegemaakt					
25) Ik heb pijn in mijn bekkenregio					

Subtotalen (niet invullen)					
-----------------------------------	--	--	--	--	--

Totaal	
---------------	--

(Korte) beschrijving klachten: