

Hälsoskattning

Datum:.....Namn:.....

Personnummer:.....

Har din sjukdom påverkat nedanstående områden den senaste veckan? Sätt kryss i den ruta som bäst motsvarar din upplevelse.

	Inget problem	Litet problem	Besvärande problem	Mycket besvärande problem	Vet ej
Trötthet					
Sömn					
Smärta					
Andning					
Minne/ koncentration					
Nedstämdhet/ depression					
Oro/ ångest					
Äta/ dricka					
Illamående					
Stickningar i händer/ fötter					
Avföring					
Urin					

Vänd – flera frågor på nästa sida

Har din sjukdom påverkat nedanstående områden den senaste veckan? Sätt kryss i den ruta som bäst motsvarar din upplevelse.

	Inget problem	Litet problem	Besvärande problem	Mycket besvärande problem	Vet ej
Balans					
Utseende					
Fysisk aktivitet					
Sexualitet					
Familj/ relationer					
Existentiella funderingar ¹					
Ekonomi					
Arbete/ sysselsättning					
Beroende					

¹ Existentiella funderingar: Funderingar om livet och döden

Andra problem eller frågor kan du skriva om här: