

- 1 Hieronder staat een aantal klachten waarmee u mogelijk te maken heeft. Wilt u allereerst aangeven, of u de betreffende klacht wel eens heeft. En zo ja, of deze klacht te maken heeft met de aandoening die u hierboven heeft ingevuld.

	Ik heb deze klacht wel eens		Deze klacht heeft te maken met mijn chronische ziekte	
	nee	ja	nee	ja
ID1 Pijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ID2 Keelpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ID3 Misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ID4 Ademnood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ID5 Gewichtsverlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ID6 Vermoeidheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ID7 Stijve gewrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ID8 Pijnlijke ogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ID9 Piepende ademhaling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ID10 Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ID11 Maag van streek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ID12 Slaapproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ID13 Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ID14 Krachtverlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ID15 Gewichtstoename	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Wij zijn geïnteresseerd in uw persoonlijke mening over de ziekte waaraan u lijdt. Wilt u bij de onderstaande uitspraken aangeven in hoeverre u het eens of oneens bent met deze uitspraken?

	helemaal niet mee eens	niet mee eens	geen duidelijke mening	mee eens	helemaal mee eens
IP1 Mijn ziekte is ernstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP2 Mijn ziekte heeft zeer grote gevolgen voor mijn leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP3 Mijn ziekte heeft weinig invloed op mijn leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP4 Mijn ziekte heeft veel invloed op hoe anderen mij zien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP5 Mijn ziekte heeft ernstige financiële gevolgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP6 Mijn ziekte veroorzaakt problemen voor de mensen die mij dierbaar zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP7 Mijn ziekte zal korte tijd duren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP8 Mijn ziekte zal waarschijnlijk blijvend zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP9 Mijn ziekte zal lang duren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP10 Mijn ziekte zal snel over zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP11 Ik verwacht mijn ziekte te hebben voor de rest van mijn leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP12 Mijn ziekte zal in de loop van de tijd verbeteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP13 Ik kan veel doen om mijn klachten onder controle te houden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP14 Of mijn ziekte verbetert of slechter wordt, wordt bepaald door hetgeen ik doe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP15 Ik heb het verloop van mijn ziekte in eigen hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP16 Wat ik ook doe, niets heeft invloed op mijn ziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP17 Ik kan zelf mijn ziekte beïnvloeden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP18 Wat ik doe is van invloed op het verdere verloop van mijn ziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP19 Er kan weinig worden gedaan ter verbetering van mijn gezondheidstoestand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP20 Door de behandeling die ik krijg zal mijn ziekte overgaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP21 De negatieve effecten van mijn ziekte kunnen door de behandeling die ik krijg voorkomen of verminderd worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP22 Door de behandeling die ik krijg kan mijn ziekte onder controle gehouden worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP23 Niets kan mijn gezondheidstoestand verbeteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	helemaal niet mee eens	niet mee eens	geen duidelijke mening	mee eens	helemaal mee eens
IP24 Mijn ziekte brengt mij in verwarring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP25 De klachten die bij mijn ziekte horen zijn een raadsel voor mij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP26 Ik begrijp mijn ziekte niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP27 Ik kan geen touw vastknopen aan mijn ziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP28 Ik heb een duidelijk beeld van mijn ziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IP29 Mijn klachten variëren sterk van dag tot dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP30 Mijn klachten komen telkens weer op en verdwijnen dan weer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP31 Mijn ziekte is heel onvoorspelbaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP32 Ik heb perioden waarin mijn ziekte soms beter, dan weer slechter is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IP33 Ik word somber als ik aan mijn ziekte denk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP34 Wanneer ik aan mijn ziekte denk, raak ik van streek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP35 Mijn ziekte maakt me boos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP36 Ik maak me zorgen over mijn ziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP37 Dat ik deze ziekte heb, maakt me angstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IP38 Mijn ziekte maakt me bang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 3 We willen graag weten wat **volgens u** de oorzaak van uw ziekte zou kunnen zijn. Omdat mensen hier heel verschillend over denken, is er geen goed of fout antwoord te geven op deze vraag. Wij zijn meer geïnteresseerd in wat u **zelf** denkt dan in wat anderen (zoals artsen of familie) u misschien hebben verteld.

Wilt u alstublieft aangeven in hoeverre u een bepaalde factor als oorzaak van uw ziekte ziet?

	helemaal niet mee eens	niet mee eens	geen duidelijke mening	mee eens	helemaal mee eens
C1 Stress of zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2 Erfelijk / zit in de familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3 Een bacil of virus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4 Dieet of eetgewoonten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5 Toeval of pech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6 Slechte medische behandeling in het verleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C7 Milieuverontreiniging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C8 Mijn eigen gedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C9 Mijn mentale instelling, bijvoorbeeld het feit dat ik negatief over mijn leven denk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C10 Gezinsproblemen of zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C11 Doordat ik te hard gewerkt heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C12 Mijn emotionele toestand, bijvoorbeeld het feit dat ik me depressief, eenzaam, bezorgd, leeg voel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C13 Het ouder worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C14 Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C15 Roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C16 Ongeval of verwonding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C17 Mijn persoonlijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C18 Verminderde weerstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 4 Zet nu in de onderstaande tabel de factoren die in uw ogen **het belangrijkste** zijn geweest voor het ontstaan van uw ziekte, in volgorde van belangrijkheid. U kunt factoren uit de lijst hierboven gebruiken, maar ook andere factoren noemen.

De belangrijkste oorzaken van mijn ziekte zijn volgens mij:

Oorzaak 1:
Oorzaak 2:
Oorzaak 3: