

VIERDIMENSIONELE KLACHTENLIJST (4DKL)

De vragenlijst betreft verschillende verschijnselen en klachten die u mogelijk kunt hebben. Het gaat om klachten en verschijnselen die u de afgelopen week hebt ervaren. Klachten die u voor deze week wel had, maar de afgelopen week niet meer, tellen niet mee.

Zou u per klacht aan willen geven hoe vaak u dit in de afgelopen week hebt opgemerkt.

Kruis aan wat van toepassing is

	Nee	Soms	Regelmatig	Vaak	Heel vaak of voortdurend
Hebt u de afgelopen week het gevoel:					
1. Duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pijnlijke spieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Flauw vallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pijn in de nek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pijn in de rug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Overmatig transpireren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hartkloppingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hoofdpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Een opgeblazen gevoel in de buik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wazig zien of vlekken voor de ogen zien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Benauwdheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Misselijk of een maag die van streek is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hebt u de afgelopen week last van:

13. Pijn in de buik of maagstreek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tintelingen in de vingers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Een drukkend of beklemmend gevoel op de borst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Pijn in de borst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Neerslachtigheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Zomaar plotseling schrikken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Piekeren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Onrustig slapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Onbestemde angst-gevoelens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Lusteloosheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Beven in gezelschap van andere mensen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Angst- of paniekaanvallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voelt u zich de afgelopen week:

25. Gespannen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Snel geïrriteerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Angstig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIERDIMENSIONELE KLACHTENLIJST (4DKL)

Nee Soms Regelmatig Vaak Heel vaak of voortdurend

Hebt u de afgelopen week het gevoel:

28. Dat alles zinloos is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Dat u tot niets kunt komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Dat het leven niet de moeite waard is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Dat u het niet meer aankunt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Dat het beter zou zijn als u maar dood was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Dat u nergens meer plezier in kunt hebben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Dat er geen uitweg is uit uw situatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Dat u er niet meer tegenop kunt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Dat u nergens meer zin in hebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hebt u de afgelopen week:

38. Moeite met helder denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Moeite om in slaap te komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Angst om alleen uit het huis te gaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bent u de afgelopen week:

41. Snel emotioneel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang hoeft te zijn? (<i>Bijvoorbeeld dieren hoogten, kleine ruimten</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Bang om te reizen in bussen, treinen of trams?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Bang om in verlegenheid te raken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Hebt u de afgelopen week weleens een gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Denkt u de afgelopen weken weleens 'was ik maar dood'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over een aangrijpende gebeurtenis(sen) die u hebt meegemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan een aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIERDIMENSIONELE KLACHTENLIJST (4DKL)

SCORINGSFORMULIER

Nee = 0 Soms = 1 Regelmatig of vaker = 2

17	<input type="text"/>			1	<input type="text"/>
19	<input type="text"/>			2	<input type="text"/>
20	<input type="text"/>			3	<input type="text"/>
22	<input type="text"/>			4	<input type="text"/>
25	<input type="text"/>			5	<input type="text"/>
26	<input type="text"/>			6	<input type="text"/>
29	<input type="text"/>			7	<input type="text"/>
31	<input type="text"/>			8	<input type="text"/>
32	<input type="text"/>			9	<input type="text"/>
36	<input type="text"/>			10	<input type="text"/>
37	<input type="text"/>	28	<input type="text"/>	11	<input type="text"/>
38	<input type="text"/>	30	<input type="text"/>	12	<input type="text"/>
39	<input type="text"/>	33	<input type="text"/>	13	<input type="text"/>
41	<input type="text"/>	34	<input type="text"/>	14	<input type="text"/>
47	<input type="text"/>	35	<input type="text"/>	15	<input type="text"/>
48	<input type="text"/>	46	<input type="text"/>	16	<input type="text"/>
	Distress		Depressie		Angst
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
					Somatisch
					<input type="text"/>

Interpretatie: