

2. Hvor mærker du din føleforstyrrelse?

| Sted | Højre side | Venstre side |
|------------------------|------------|--------------|
| Underlæbe/hage | | |
| Overlæbe/mellemansigt | | |
| Kind | | |
| Tunge | | |
| Andet område. Beskriv: | | |

3. Hvor slem er din føleforstyrrelse på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er "Ingen påvirkning" og 10 er "Værst tænkelige føleforstyrrelse"?

Sæt ét X

*Ingen føleforstyrrelse
påvirkning*

Værst tænkelige

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | | | | | | | | | | |

4. Hvor meget påvirker føleforstyrrelsen dit fritids- og privatliv på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er "Ingen påvirkning" og 10 er "Ude af stand til at fortsætte dine aktiviteter i fritids- og privatlivet"?

Sæt ét X

*Ingen påvirkning
aktiviteterne*

Ude af stand til at udføre

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | | | | | | | | | | |

Hvis føleforstyrrelsen påvirker dit fritids- og privatliv (svarer 1-10), beskriv nærmere hvordan:

| |
|--|
| |
|--|

5. Hvor meget påvirker føleforstyrrelsen dit arbejdsliv på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er "ingen påvirkning" og 10 er "ude af stand til at fortsætte dine aktiviteter i arbejdslivet"?

Sæt ét X

Ingen påvirkning
aktiviteterne

Ude af stand til at udføre

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |

Hvis føleforstyrrelsen påvirker dit arbejdsliv (svarer 1-10), beskriv nærmere hvordan:

6. Er du generet af ændret følelse?

- Nej
 Ja

Hvis ja:

Hvordan vil du beskrive den ændrede følelse?

Sæt et eller flere X'er

- Helt mistet følelse
 Næsten mistet følelse
 Delvist mistet følelse
 Øget følsomhed
 Andet. Hvordan: _____

Hvor ofte er du generet af den ændrede følelse?

Sæt et eller flere X'er

- Af og til
 Næsten altid
 Altid
 Andet. Hvordan: _____

7. Er du generet af ubehag (f.eks. sovende, prikkende fornemmelse)?

- Nej
 Ja

Hvis ja:

Hvordan vil du karakterisere ubehaget?

Sæt et eller flere krydser

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prikkende, stikkende | <input type="checkbox"/> Sovende | <input type="checkbox"/> Dødhed |
| <input type="checkbox"/> Kriblende | <input type="checkbox"/> Varme | <input type="checkbox"/> Brændende |
| <input type="checkbox"/> Kulde | <input type="checkbox"/> Elektrisk følelse | <input type="checkbox"/> Ømhed |
| <input type="checkbox"/> Hævelse | <input type="checkbox"/> Kløende | <input type="checkbox"/> Smerte |
| <input type="checkbox"/> Andet. Hvordan: _____ | | |

Hvor ofte har du ubehaget?

- Af og til
 Næsten altid
 Altid
 Ved let berøring
 Andet. Hvordan: _____

Er der noget, som udløser ubehaget?

- Nej
 Ja. Hvordan: _____

Er der noget, som hjælper eller lindrer på ubehaget?

- Nej
 Ja. Hvordan: _____

8. Er du generet af smerter?

- Nej
 Ja

Hvis ja:

Hvor ofte har du smerter?

Sæt et eller flere krydser

- Af og til Næsten altid Altid
 Ved let berøring
 Andet. Hvordan: _____

Hvordan vil du karakterisere smerten (Sæt gerne flere krydser)?

Sæt et eller flere krydser

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Murrende | <input type="checkbox"/> Jagende | <input type="checkbox"/> Stikkende |
| <input type="checkbox"/> Dunkende | <input type="checkbox"/> Elektrisk følelse | <input type="checkbox"/> Brændende |
| <input type="checkbox"/> Andet. Hvordan: _____ | | |

Er der noget som udløser smerten?

- Nej
 Ja. Hvordan: _____

Er der noget som hjælper eller lindrer på smerten?

- Nej
 Ja. Hvordan: _____

Hvor længe varer smerten? (sekunder, minutter, timer, dage, konstant) _____

9. Er du generet af ændret smagssans?

- Nej
 Ja

Hvis ja:

Hvordan er du generet af den ændrede smagssans?

- Helt mistet smagssans
 Delvist mistet smagssans
 Ændret smagssans
 Forstærket smagssans
 Andet. Hvordan: _____

10. Har du andre gener på grund af føleforstyrrelsen?

Ubehag, når du taler?

- Nej
 Ja. Hvordan: _____

Ubehag, når du spiser?

- Nej
 Ja. Hvordan: _____

Ubehag, når du drikker?

- Nej
 Ja. Hvordan: _____

Savler du?

- Nej
 Ja. Hvordan: _____

Bider du dig i tungen?

- Nej
 Ja. Hvordan: _____

Andre ubehag?

- Nej
 Ja. Hvordan: _____

11. Oplever du, at føleforstyrrelsen er blevet mindre, værre eller er den uændret siden skadens opståen?

- Nej.
- Ja, lidt
- Ja, noget
- Ja, meget

Hvis ja (lidt/noget/meget):

Hvordan?

12. Beskriv nedenfor, hvis du har yderligere at tilføje vedrørende din føleforstyrrelse.

Jeg bekræfter hermed med min underskrift, at ovenstående oplysninger er korrekte.

Dato _____ **Underskrift:** _____