

Nederlands

Information needed

Misschien vindt u het handig om de onderstaande gegevens bij de hand te hebben terwijl u de enquête invult. *Mocht u deze gegevens niet hebben, vul dan alsnog de informatie zo goed mogelijk in.*

<p>TTestresultaten</p>	<p>Datums, testtype (PCR, antistoffen) en testresultaten <u>Als u de precieze datum niet meer weet, is een geschatte datum voldoende. Als u een antistoffentest heeft gehad, zullen we naar de fabrikant vragen, maar deze informatie is niet vereist.</u></p>
<p>Duur en hevigheid van symptomen</p>	<p>Uw symptoom-dagboek <u>U wordt gevraagd om symptomen te kiezen die u had gedurende de eerste 4 weken, en de daaropvolgende maanden, tot 7 maanden.</u></p>
<p>Andere diagnostische tests</p>	<p>Uw medische testresultaten <u>U zult enkele vragen krijgen over medische tests voor uw fysieke COVID-19 symptomen (bloedtests, MRI/CT scans/röntgenfoto's, echo, ECGs). Als u deze tests niet heeft, dan is dat geen probleem.</u></p>

Take a Break

Onthoud dat u deze enquête op elk moment kunt stoppen en op een later tijdstip kunt hervatten. Vooral als u momenteel symptomen ervaart, raden we aan om pauzes te nemen om mentale inspanning te beperken.

Om terug te keren naar de enquête:

- **Bewaar de link die in uw browser staat om later verder te gaan met de enquête.**
- Vul de enquête niet in met priv of incognitomodus ingeschakeld.
- Wis uw browsercookies niet

Vooral als u momenteel symptomen ervaart, raden we aan om pauzes te nemen om mentale inspanning te beperken.

Demographics

In welk land woont u op het moment? *

In welke stad woont u? Indien van toepassing, vermeld ook de staat (bijv. New York, NY). *

In wat voor soort gebied woont u? *

- Randgemeente
- Stad
- Platteland

Wat is uw leeftijdscategorie? *

- 18-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-69
- 70-79
- 80+

Wat is uw gender? *

- Vrouw
- Man
- Non-binair/Genderqueer/Gender non-conform
- Zeg ik liever niet
- Anders

Komt uw gender overeen met het bij uw geboorte toegewezen gender? *

- Ja
- Nee

Indien van toepassing, bent u zwanger? *

- Ja
- Nee
- N.v.t.

Indien van toepassing, bent u 6 maanden of minder post-partum? *

- Ja
- Nee
- N.v.t.

Indien van toepassing, heeft u een menstruatiecyclus? *

- Ja
- Nee, postmenopauzaal
- Nee, andere reden
- N.v.t.

Welke van de volgende beschrijft het beste uw afkomst? Kies alle die van toepassing zijn. *

- Aziatisch, Zuid-Aziatisch, Zuidoost-Aziatisch (Chinees, Aziatisch Indisch, Vietnamees, Filipino...)
- Zwart (Afro-Amerikaans, Jamaicaans, Nigeriaans, Haïtiaans...)
- Wit (Duits, Italiaans, Engels, Pools, Frans...)
- Hispanic, Latino, of Spaanse origine (Mexicaans, Mexicaans-Amerikaans, Puerto Ricaans, Cubaans...)
- Inheemse volkeren (Navajo Nation, Blackfeet Tribe, Mayan, Inupiat...)

- Pacifische Eilander (Inheems Hawaaiëans, Samoaans, Fujiaans, Chamorro...)
- Midden-Oosters, Noord-Afrikaans (Libanees, Iraans, Egyptisch, Marrokaans...)
- Zeg ik liever niet
- Anders

Wat was het jaarinkomen van uw huishouden vlak **VOOR COVID-19?** *

- \$0 - \$10,000 USD
- \$10,001 - \$40,000 USD
- \$40,001 - \$85,000 USD
- \$85,001 - \$150,000 USD
- >\$150,000 USD
- Zeg ik liever niet

Wat is het jaarinkomen van uw huishouden nu, **NA COVID-19?** *

- \$0 - \$10,000 USD
- \$10,001 - \$40,000 USD
- \$40,001 - \$85,000 USD
- \$85,001 - \$150,000 USD
- >\$150,000 USD
- Zeg ik liever niet

Wat was het jaarinkomen van uw huishouden vlak **VOOR COVID-19?** *

- \$0 - \$10,000 CAD

- \$10,001 - \$40,000 CAD
- \$40,001 - \$85,000 CAD
- \$85,001 - \$150,000 CAD
- >\$150,000 CAD
- Zeg ik liever niet

Wat is het jaarinkomen van uw huishouden nu, **NA COVID-19?** *

- \$0 - \$10,000 CAD
- \$10,001 - \$40,000 CAD
- \$40,001 - \$85,000 CAD
- \$85,001 - \$150,000 CAD
- >\$150,000 CAD
- Zeg ik liever niet

Wat was het jaarinkomen van uw huishouden vlak **VOOR COVID-19?** *

- £0 - £20,000 GBP
- £20,000 - £40,000 GBP
- £40,000 - £60,000 GBP
- £60,000 - £80,000 GBP
- >£80,000 GBP
- Zeg ik liever niet

Wat is het jaarinkomen van uw huishouden nu, **NA COVID-19?** *

- £0 - £20,000 GBP
- £20,000 - £40,000 GBP
- £40,000 - £60,000 GBP

- £60,000 - £80,000 GBP
- >£80,000 GBP
- Zeg ik liever niet

Wat was het jaarinkomen van uw huishouden vlak **VOOR COVID-19?** *

- €0 - €20,000 EUR
- €20,000 - €40,000 EUR
- €40,000 - €60,000 EUR
- €60,000 - €80,000 EUR
- €80,000 EUR
- Zeg ik liever niet

Wat is het jaarinkomen van uw huishouden nu, **NA COVID-19?** *

- €0 - €20,000 EUR
- €20,000 - €40,000 EUR
- €40,000 - €60,000 EUR
- €60,000 - €80,000 EUR
- >€80,000 EUR
- Zeg ik liever niet

Wat is uw hoogst afgeronde opleiding? *

- Geen schoolopleiding voltooid na de lagere school
- Middelbare school of MBO
- Bachelor-opleiding (HBO of WO)
- Master-opleiding of hoger (HBO of WO)

Werkt u in de zorgsector? *

- Ja
 Nee

Hoe heeft u deze enquête gevonden? *

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Body Politic Slack-groep | <input type="checkbox"/> Instagram |
| <input type="checkbox"/> Long Haul COVID Fighters groep op Facebook | <input type="checkbox"/> Gedeeld door kennis of familielid |
| <input type="checkbox"/> Long Covid Support Group op Facebook | <input type="checkbox"/> E-maillijst Patient Led Research |
| <input type="checkbox"/> Andere steungroep Facebook | <input type="checkbox"/> Media (artikel, krant, blog) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anders |
| <input type="checkbox"/> Twitter | <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |

Background Section

Wanneer begonnen uw symptomen? *

	Maand	Dag	Jaar
Maak een keuze:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Heeft u nog steeds symptomen? *

- Ja
- Nee

Recovered - Total Days

Hoeveel dagen in totaal had u symptomen? *

Lifestyle & Pre-existing Conditions

Had u een van deze reeds **bestaande** aandoeningen / diagnoses of heeft u een van de volgende pre-COVID gehad?

- Voedselallergie
- Milieuallergie (stof, schimmel)
- Chemische allergie
- Seizoensgebonden allergie
- Allergie van onbekende oorsprong
- Andere allergie
- Slapeloosheid
- Lucide dromen (dromen waarvan u zich bewust bent dat u droomt of enige controle heeft over wat u droomt)
- Nachtmerries
- Levendige dromen
- Nachtzweeten
- Slaapapneu
- Refluxziekte
- Coeliakie

- Ziekte van Crohn
- Colitis ulcerosa
- Prikkelbare Darm Syndroom (PBS/IBS)
- Andere gastro-intestinale problemen
- Astma
- COPD
- Tuberculose
- Eczeem
- Virale huidaandoeningen (koortsblaasjes, herpes, wratten, molluscum)
- Dementie
- Aanvallen/epilepsie
- Migraine
- ALS
- Ziekte van Parkinson
- Multiple sclerose
- Perifere neuropathie
- Coronaire hartziekte
- Hartfalen
- Hypertensie (hoge bloeddruk)
- Hypotensie (lage bloeddruk)
- Bloedstolling in het verleden
- Beroerte in het verleden
- Hoog cholesterol / hyperlipidemie
- Mitralisklepprolaps
- Bloedarmoede
- Autisme
- Auto-immuun/reumatologische aandoeningen
- Kanker (alle soorten)
- Chronische nierziekte
- Diabetes type 1
- Diabetes type 2

- Ehlers-Danlos-syndroom (EDS)
- Endometriose
- Fibromyalgie
- IgA-deficiëntie
- Interstitiële cystitis (blaaspijnsyndroom)
- Hepatitis (A/B/C)
- HIV
- Mast Cell Activation Syndrome (MCAS)
- Myalgische encefalomyelitis / chronisch vermoeidheidssyndroom (ME/ CVS)
- Zwaarlijvigheid
- Posturaal orthostatisch tachycardiesyndroom (POTS)
- Terugkerende bacteriële infecties
- Terugkerende virale infecties
- Rusteloze benensyndroom
- TMJ (temporomandibulaire gewrichtsdisfunctie)
- Duizeligheid
- Zicht: bijziend / verziend
- Vitamine D-tekort
- Geen van bovenstaande**

Geef andere reeds bestaande aandoeningen/diagnoses aan die hier niet worden vermeld. Als dit er meerdere zijn, scheid ze dan met een komma. Geef alleen de aandoening op, geen beschrijvingen of toelichtingen.

Veranderde een of meerdere van uw reeds bestaande aandoeningen tijdens uw COVID19-symptomen?

- Ja, ze werden erger.
- Ja, ze verbeterden.
- Sommige verbeterden, andere bleven hetzelfde, andere werden slechter (geef een uitleg in de tekstvakken op de volgende pagina).
- Nee, ze bleven hetzelfde.
- N.v.t. (Ik had geen reeds bestaande aandoening)

Als een van uw reeds bestaande aandoeningen erger is geworden, geef dan hier een beschrijving. (optioneel)

Als een van uw reeds bestaande aandoeningen is verbeterd, geef dan hier een beschrijving. (optioneel)

Wat is uw bloedgroep? Als u dit niet weet, kies 'Weet ik niet'. *

Weet ik niet ▾

Hospitalization

Ziekenhuisopname

Heeft u een arts(en) geraadpleegd voor uw COVID-symptomen?
Selecteer alles wat van toepassing is. Dit kunnen zowel fysieke afspraken zijn als afspraken op afstand, zoals een telefoongesprek. *

- Alternatief geneeskundige
- Cardioloog
- Dermatoloog
- Gastro-enteroloog (MDL-arts)
- Hematoloog
- Ziekenhuisarts
- Immunoloog/Allergoloog
- Infectioloog
- Mijn huisarts
- Neuroloog/Neuroimmunoloog
- Verloskundige/Gynaecoloog (OB-GYN)
- Psychiater
- Longarts
- Reumatoloog
- Andere
- Ik heb geen contact met een arts gehad

Bent u in het ziekenhuis opgenomen geweest? *

Ja

- Nee
- Ik bezocht de Spoedeisende Hulp maar werd niet opgenomen/heb geen nacht in het ziekenhuis gelegen

Zo ja, hoe lang bent u in het ziekenhuis opgenomen geweest? [Aantal dagen] *

Kreeg u zuurstof in het ziekenhuis? *

- Ja, neuscanule
- Ja, ik werd geïntubeerd
- Nee
- Ik ben niet in het ziekenhuis opgenomen geweest
- Andere

(Optioneel) Als u wilt, beschrijf uw ervaring met de medische zorg.

COVID-19 Testing

Bent u getest op COVID-19 met een wattenstaafje? (Deze vraag gaat niet over antistoffentests, welke in een ander deel van deze enquête aan de orde komen.) *

- Ja, ik ben ten minste een keer getest.
- Nee, ik heb geprobeerd een test te krijgen maar dit is niet gelukt.
- Nee, ik heb niet geprobeerd een test te krijgen.

Hoe vaak werd u getest? (wattenstaafje) *

- 1
- 2
- 3
- Anders

Op welke datum werd u **voor het eerst** getest? (als u de precieze datum niet meer herinnert, geef een schatting) *

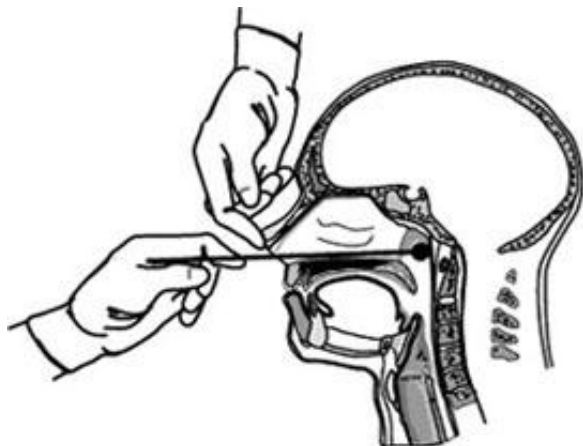
	Maand	Dag	Jaar
Maak een keuze:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Is dit een geschatte datum?

Dit is een geschatte datum

Wat voor soort test was uw **eerste** COVID-19 test? (Uw test had mogelijk meerdere onderdelen. Vink alle aan die van toepassing zijn.)

- Nasaal (neusslijm van de neusvleugels, zonder diep in de neus en keel te gaan)
- Nasofaryngeaal (neusslijm van achteraan de neusvleugels, door diep in de neus en keel te gaan)



- Keel
- Anders

Wat was uw testuitslag? *

- Positief
- Negatief
- Onduidelijk/lk wacht nog op resultaten

Op welke datum werd u voor de **tweede keer** getest? (als u de precieze datum niet meer herinnert, geef een schatting) *

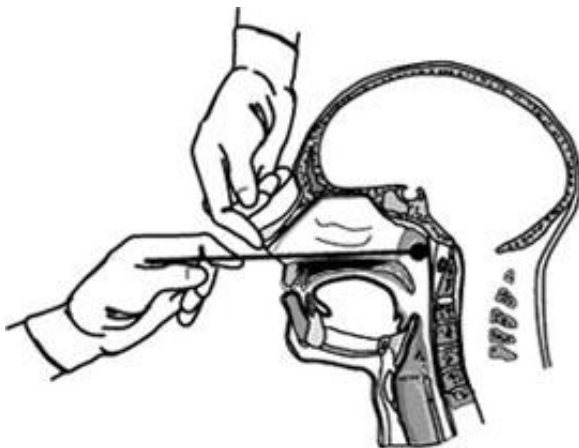
	Maand	Dag	Jaar
Maak een keuze:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2020

Is dit een geschatte datum?

Dit is een geschatte datum

Wat voor soort test was uw **tweede** COVID-19 test? (Uw test had mogelijk meerdere onderdelen. Vink alle aan die van toepassing zijn.)

- Nasaal (neusslijm van de neusvleugels, zonder diep in de neus en keel te gaan)
- Nasofaryngeaal (neusslijm van achteraan de neusvleugels, door diep in de neus en keel te gaan)



- Keel
- Anders

Wat was uw testuitslag? *

- Positief
- Negatief
- Onduidelijk/lk wacht nog op resultaten

Op welke datum werd u voor de **derde keer** getest? (als u de precieze

datum niet meer herinnert, geef een schatting) *

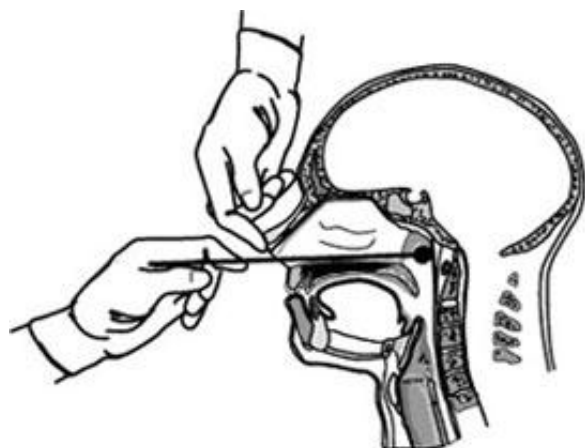
	Maand	Dag	Jaar
Maak een keuze:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Is dit een geschatte datum?

Dit is een geschatte datum

Wat voor soort test was uw **derde** COVID19 test? (Uw test had mogelijk meerdere onderdelen. Vink alle aan die van toepassing zijn.)

- Nasaal (neusslijm van de neusvleugels, zonder diep in de neus en keel te gaan)
- Nasofaryngeaal (neusslijm van achteraan de neusvleugels, door diep in de neus en keel te gaan)



- Keel
- Anders

Wat was uw testuitslag? *

- Positief
- Negatief
- Onduidelijk/ik wacht nog op resultaten

Als u nog meer tests heeft gehad, beschrijf deze hier. Begin voor iedere test een nieuwe regel met soort, datum, en uitslag gescheiden door komma's. Bijvoorbeeld: Nasofaryngeaal/Keel, 1 april '20, Positief. Als u de precieze datum niet meer herinnert, geef dan een zo precies mogelijke schatting.

Antibody Testing

Heeft u een antistoffentest gehad? *

- Ja, ik ben ten minste een keer op antistoffen getest
- Nee, ik ben NIET getest op antistoffen

Hoe vaak bent u op antistoffen getest? *

Maak een keuze:

Was dit een geschatte datum?

Dit was een geschatte datum

Wie was de producent van de test? (Kies alleen een producent als u het zeker weet. Als u het niet zeker weet, kies "Weet ik niet") *

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Abbott | <input type="radio"/> Ortho-Clinical Diagnostics Vitros |
| <input type="radio"/> Roche | <input type="radio"/> DiaSorin |
| <input type="radio"/> Mt. Sinai | <input type="radio"/> Weet ik niet |
| <input type="radio"/> EuroImmun | |

Heeft u nog een antistoffentest aan te geven? *

- Ja
 Nee

Wat was het resultaat van uw antistoffentest? *

- De uitslag was positief voor beide (IgG en IgM) antistoffen
 De uitslag was positief alleen voor IgM antistoffen
 De uitslag was positief alleen voor IgG antistoffen
 Ik weet niet welke antistoffen maar de uitslag was positief
 De uitslag was negatief voor antistoffen

Als uw uitslag positief was en uw testresultaat noemde een titerwaarde, wat was de waarde (in mg/dL) voor IgM? *

Als uw uitslag positief was en uw testresultaat noemde een titerwaarde, wat was de waarde (in mg/dL) voor IgG? *

Wat voor soort test was het? *

- Bloedafname
- Vingerprik

Op welke datum was uw antistoffentest? (als u de precieze datum niet meer herinnert, geef een schatting) *

	Maand	Dag	Jaar
Maak een keuze:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Is dit een geschatte datum?

- Dit is een geschatte datum

Wie was de producent van de test? (Kies alleen een producent als u het zeker weet. Als u het niet zeker weet, kies "Weet ik niet") *

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Abbott | <input type="radio"/> Ortho-Clinical Diagnostics Vitros |
| <input type="radio"/> Roche | <input type="radio"/> DiaSorin |
| <input type="radio"/> Mt. Sinai | <input type="radio"/> Weet ik niet |
| <input type="radio"/> EuroImmun | |

Heeft u nog een antistoffentest aan te geven? *

- Ja
 Nee

Wat was het resultaat van uw antistoffentest? *

- De uitslag was positief voor beide (IgG en IgM) antistoffen
 De uitslag was positief alleen voor IgM antistoffen
 De uitslag was positief alleen voor IgG antistoffen
 Ik weet niet welke antistoffen maar de uitslag was positief
 De uitslag was negatief voor antistoffen

Als uw uitslag positief was en uw testresultaat noemde een titerwaarde, wat was de waarde voor IgM? *

Als uw uitslag positief was en uw testresultaat noemde een titerwaarde,

wat was de waarde voor IgG? *

Wat voor soort test was het? *

- Bloedafname
 Vingerprik

Op welke datum was uw antistoffentest? (als u de precieze datum niet meer herinnert, geef een schatting) *

	Maand	Dag	Jaar
Maak een keuze:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Is dit een geschatte datum?

- Dit is een geschatte datum

Wie was de producent van de test? (Kies alleen een producent als u het zeker weet. Als u het niet zeker weet, kies "Weet ik niet") *

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Abbott | <input type="radio"/> Ortho-Clinical Diagnostics Vitros |
| <input type="radio"/> Roche | <input type="radio"/> DiaSorin |
| <input type="radio"/> Mt. Sinai | <input type="radio"/> Weet ik niet |
| <input type="radio"/> EuroImmun | |

Symptoms

Geheugensymptomen

Heeft u enige **GEHEUGEN-GERELATEERDE SYMPTOMEN** ervaren sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

- Ja
 Nee

Welke van de volgende geheugen-gerelateerde symptomen heeft u ervaren sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

- Verlies kortetermijngeheugen (geheugen dat ~30 seconden blijft, bijv. een telefoonnummer onthouden voor u het opschrijft, of vergeten met welke taak u bezig was)
- Verlies langetermijngeheugen (langetermijngeheugen loopt uiteen van het herinneren van de voorgaande dag, vergeten dat u een taak heeft uitgevoerd, het vergeten van onlangs geleerde informatie, of uw basisschoolervaring niet meer kunnen herinneren.)
- Geen nieuwe herinneringen meer kunnen vormen
- Vergeten hoe normale taken gedaan moeten worden (veters strikken, handen wassen)
- Geen van bovenstaande
- Anders

Wanneer ervoer u deze symptomen? *

Selecteer symptomen voor de eerste **4 weken**, vervolgens **maanden** (indien van toepassing). Selecteer een symptoom ook als u dit slechts voor een deel van een week of maand heeft gehad.

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4	Maand 5
Geheugensymptomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cognitive Function/Brain Fog Symptoms

Heeft u problemen gehad met **HERSENMIST (BRAIN FOG)** (onvermogen om te concentreren, om te denken, om te plannen, om informatie te verwerken, begrijpen, en een gedachtengang vol te houden; abnormaal langzame of snelle gedachten) sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

- Ja
 Nee

Welke van de volgende symptomen gerelateerd aan hersenmist (brain fog) of cognitief functioneren hebt u ervaren sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

- Moeilijkheden met uitvoerend functioneren (plannen, organiseren, een volgorde van handelen bepalen, abstract denken)
 Agnosia (onvermogen om dingen te herkennen of identificeren terwijl er niets mis is met uw zintuigen)
 Moeilijkheden met probleemoplossing of besluitvorming
 Moeilijkheden met nadenken

- Gedachten die te snel gaan
 Langzame gedachtengang
 Slechte aandacht of concentratie
 Ik heb GEEN hersenmist (brain fog) symptomen gehad
 Anders

Wanneer ervoer u deze symptomen? *

Selecteer symptomen voor de eerste **4 weken**, vervolgens **maanden** (als u nog niet aan een week/maand zit, laat het open). Selecteer een symptoom ook als u dit slechts voor een deel van een week of maand heeft gehad.

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4	Maand 5	Maand 6
hersenmist (brain fog) / symptomen gerelateerd aan cognitief functioneren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Changes to Daily/Functional Abilities due to memory loss or brain fog

Voelde u zich aanzienlijk beperkt of niet in staat om een of meerdere van de volgende dingen te doen door **GEHEUGENVERLIES OF HERSENMIST (BRAIN FOG)** (dit omvat problemen met aandacht, cognitief functioneren, en bewustzijn)? *

	Ernstig beperkt	Matig beperkt	Licht beperkt	Niet beperkt	Nie toepi
Autorijden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Op kinderen letten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Koken of met hete voorwerpen omgaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Uzelf voeden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Regelmatig douchen of in bad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(

	Ernstig beperkt	Matig beperkt	Licht beperkt	Niet beperkt	Nie toepi
Belangrijke beslissingen maken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Van huis weggaan en terugkomen zonder te verdwalen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Herinneren welke maand of welk jaar het is	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Gesprekken voeren met anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Uw medicijnen op tijd nemen (vergeten om medicijnen te nemen of vergeten dat u ze al had genomen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(

	Ernstig beperkt	Matig beperkt	Licht beperkt	Niet beperkt	Nie toepi
Werk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Eenvoudige aanwijzingen opvolgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Uw gedachten en behoeftes communiceren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(

Anders

Ernstig beperkt	Matig beperkt	Licht beperkt	Niet beperkt	Nie toepi
--------------------	------------------	------------------	-----------------	--------------

Optioneel: Als er andere delen van uw leven zijn die werden beïnvloed door geheugenverlies of hersenmist (brain fog), vermeld deze dan hier. Beschrijf of ze licht, matig of ernstig beperkend waren.

Optioneel: Gebruik deze ruimte om voorbeelden te geven van uw hersenmist (brain fog), geheugenverlies, en aandachtsspanne. Geef a.u.b. geen identificerende details (zoals namen of locaties).

Emotional/Behavioral Changes

Veranderingen in Emoties en Gedrag

Heeft u, in vergelijking met hoe u zich vóór COVID voelde, een toename ervaren van een of meerdere van de volgende situaties? *

- Moeite emoties onder controle te houden
- Ongeremdheid (moeite met het beheersen van uw gedrag)

- Prikkelbaarheid
- Boosheid
- Impulsief gedrag (handelen in een opwelling zonder zelfbeheersing)
- Agressie
- Euforie (een gevoel of staat van intense opwinding en geluk)
- Waanbeelden
- Depressie
- Apathie (gebrek aan gevoel, emotie, interesse of bezorgdheid)
- Suïcidaliteit
- Stemningswisselingen
- Angst
- Manie (abnormaal verhoogde / opgewonden stemming, verminderde behoefte aan slaap, soms met waanvoorstellingen)
- Hypomanie (een mildere vorm van manie)
- Huilerigheid
- Gevoel van onheil
- Geen van bovenstaande
- Anders

Optioneel: Gebruik deze ruimte om voorbeelden te geven van emotionele veranderingen tijdens uw ziekte.

Geef a.u.b. geen identificerende details (zoals namen of locaties).

Optioneel: Als u enkele van deze ervaringen met emoties al had **vóór** u

COVID kreeg, beschrijf hoe deze verschilden met **nadat** u COVID kreeg.

Geef a.u.b. geen identificerende details (zoals namen of locaties).

Speech and Other Language Issues

Spraak- en Taalproblemen

Heeft u problemen ervaren met **SPRAAK EN TAAL** sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

- Ja
 Nee

Welke van de volgende spraak- en taalsymptomen heeft u ervaren sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

- Moeite met het vinden van de juiste woorden tijdens spreken / schrijven
 Moeite met verbaal te communiceren
 Moeite met spreken in volledige zinnen
 Onherkenbare woorden zeggen
 Moeite met schriftelijke communicatie

- Moeite met het verwerken / begrijpen van wat anderen zeggen
- Moeite met het lezen / verwerken van geschreven tekst
- (Indien van toepassing) veranderingen in taalvaardigheid met talen die niet uw moedertaal zijn (tweede/derde taal)
- Geen van bovenstaande
- Anders

Wanneer ervoer u deze symptomen? *

Selecteer symptomen voor de eerste **4 weken**, vervolgens **maanden** (indien van toepassing). Selecteer een symptoom ook als u dit slechts voor een deel van een week of maand heeft gehad.

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4	Maand 5	Maand 6
Spraak-/taalproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spreekt u meerdere talen? *

- Ja
- Nee

Optioneel: Gebruik deze ruimte om voorbeelden van uw taalproblemen te beschrijven, waaronder met spreken, schrijven, lezen en luisteren naar woorden. Als er wijzigingen in uw spraak of taal zijn die hierboven niet zijn vermeld, voeg deze dan ook toe. Bijvoorbeeld, als u meerdere talen spreekt en verschillende problemen hebt opgemerkt met uw

eerste (moedertaal) en tweede of derde taal.

Headaches

Hoofdpijn

Heeft u nieuwe **HOOFDPIJN OF GERELATEERDE SYMPTOMEN** gehad sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

- Ja
 Nee

Welke van de volgende symptomen heeft u ervaren sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

- Hoofdpijn, aan de achterkant van hoofd of nek
 Hoofdpijn, rond de slapen
 Hoofdpijn, achter de ogen
 Hoofdpijn, diffuus (gehele hoofd)
 Hoofdpijn/pijn na mentale inspanning
 Hoofdpijn, anders
 Gevoel dat de hersenen warm zijn/"in brand staan"

- Gevoel van druk op hersenen
- Migraines
- Stijve nek
- Geen van bovenstaande

Wanneer ervoer u deze symptomen? *

Selecteer symptomen voor de eerste **4 weken**, vervolgens **maanden** (indien van toepassing). Selecteer een symptoom ook als u dit slechts voor een deel van een week of maand heeft gehad.

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4	Maand 5	Maand 6
Hoofdpijn en gerelateerde symptomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sense of Smell and Taste

Reuk en Smaak

Heeft u veranderingen gemerkt in uw **REUK OF SMAAK** sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

- Ja
- Nee

Welke van de volgende symptomen heeft u ervaren sinds het begin

van uw COVID-19 ziekte? *

- Verlies van reuk
- Fantoomgeuren (inbeelden/hallucineren van geuren - iets ruiken dat er niet is)
- Verscherping van de reukzin
- Verandering in de reukzin
- Verlies van smaak
- Fantoomsmaken (inbeelden/hallucineren van smaken - iets proeven dat niet in uw mond zit)
- Verscherping van de smaak
- Verandering in de smaak
- Geen van bovenstaande

Wanneer ervoer u deze symptomen? *

Selecteer symptomen voor de eerste **4 weken**, vervolgens **maanden** (indien van toepassing). Selecteer een symptoom ook als u dit slechts voor een deel van een week of maand heeft gehad.

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4	Maand 5	Maand 6
Veranderingen in reuk en smaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Als u fantoomsmaken proefde, geef hier een beschrijving:

Als u fantoomgeuren rook, geef hier een beschrijving:

Tremors and Vibrating Sensations

Tremors en Trillend Gevoel

Heeft u een **TREMOR OF TRILLEND GEVOEL** gehad sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

Tremor: Onwillekeurige, ritmische spiersamentrekking die leidt tot een schuddende beweging in een of meerdere lichaamsdelen

Trillend gevoel: Een trillende sensatie, die voelt alsof uw spieren, vingers, of benen vibreren of schudden van binnen, maar u ziet geen beweging

- Ja
 Nee

Welke van de volgende symptomen heeft u ervaren sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

Geef de plek in uw lichaam aan in het tekstvak. Als het om meerdere plekken gaat, scheidt deze met een komma (bijv. been, romp, hand).

Tremors

Trillend gevoel

Wanneer ervoer u deze symptomen? *

Selecteer symptomen voor de eerste **4 weken**, vervolgens **maanden** (indien van toepassing). Selecteer een symptoom ook als u dit slechts voor een deel van een week of maand heeft gehad.

	N.v.t.	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4	Maand 5	M
Tremors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trillend gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Gebruik deze ruimte om voorbeelden te geven van uw tremors of trillend gevoel tijdens uw ziekte.

Geef a.u.b. geen identificerende details (zoals namen of locaties).

Sleeping issues

Slaapproblemen

Heeft u enige **SLAAPPROBLEMEN** gehad sinds het begin van uit COVID-19 ziekte?*

- Ja
 Nee

Welke van de volgende slaapproblemen heeft u gehad sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

- Lucide dromen (dromen waarbij u zich bewust bent dat u droomt of enige controle heeft over waar u over droomt)
- Levendige dromen
- Nachtmerries
- Slapeloosheid
- Nachtzweeten
- Rustelozebenenensyndroom
- Ontwaken door het gevoel dat u niet kunt ademen
- Slaapapneu
- Anders

Wanneer ervoer u deze symptomen? *

Selecteer symptomen voor de eerste **4 weken**, vervolgens **maanden** (indien van toepassing). Selecteer een symptoom ook als u dit slechts voor een deel van een week of maand heeft gehad.

	Niet van toepassing	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4
Slapeloosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaapapneu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle overige slaapproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Als u slapeloosheid heeft/heeft gehad, welke beschrijft het beste het type slapeloosheid? *

- Moeite met in slaap vallen
- 's Ochtends vroeg wakker worden
- 's Nachts meerdere malen wakker worden
- Geen van bovenstaande

Wat veroorzaakt/veroorzaakte uw slapeloosheid? *

- Pijn
- Gevoeligheid voor licht/lawaai van buiten
- Andere lichamelijke ongemakken
- Angst/depressie/vlucht van ideeën
- Moeite met ademen
- Gevoel van adrenaline/energie
- Gevoel alsof het virus me wakker hield

Anders

Hallucinations

Hallucinaties

Heeft u enige **HALLUCINATIES** (visueel, horen, of tactiel) gehad sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

- Ja
 Nee

Welke van de volgende hallucinaties heeft u gehad sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

- Visuele (zien) Hallucinaties
 Auditieve (horen) Hallucinaties
 Tactiele (tast) Hallucinaties
 Hallucinaties, anders

Wanneer ervoer u deze symptomen? *

Selecteer symptomen voor de eerste **4 weken**, vervolgens **maanden** (als u nog niet aan een week/maand zit, laat het open). Selecteer een symptoom ook als u dit slechts voor een deel van een week of maand

heeft gehad.

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4	Maand 5	Maand 6
Hallucinaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weakness, numbness, tingling, coldness, and other sensations

Zwakheid, gevoelloosheid, tintelingen, koudheid, en andere sensaties

Welke van de volgende **NEUROLOGISCHE SENSATIE SYMPTOMEN** heeft u ervaren sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

Specificeer de locatie in uw lichaam in het tekstveld. Betreft het meerdere locaties, scheid deze met een komma (bijv. hand, been, voet).

- Huidsensaties: branden, tintelen, of jeuk zonder uitslag
- Gevoelloosheid/verlies van gevoel
- Gevoelloosheid/zwakte in slechts een kant van het lichaam
- Koudheid
- Tinteling/prikkelen/gevoel van speldenprikken

- Elektrische schokken/elektrische schoksensaties
- Aangezichtsverlamming (geef aan waar op het gezicht er verlamming was)
- Gevoel van druk/gevoelloosheid in het gezicht, linkerkant
- Gevoel van druk/gevoelloosheid in het gezicht, rechterkant
- Gevoel van druk/gevoelloosheid in het gezicht, anders:
- Zwakheid
- Geen van bovenstaande

Wanneer ervoer u deze symptomen? *

Selecteer symptomen voor de eerste **4 weken**, vervolgens **maanden** (indien van toepassing). Selecteer een symptoom ook als u dit slechts voor een deel van een week of maand heeft gehad.

	N.v.t.	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4	Maand 5
Alle neurologische sensaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Temperature Issues

Temperatuurproblemen

Heeft u enige **TEMPERATUURPROBLEMEN** gehad (inclusief warmte-intolerantie, rillingen, hoge/lage temperatuur) sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

- Ja
 Nee

Heeft u enige van de volgende **TEMPERATUURPROBLEMEN** gehad sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

- Temperatuurlabiliteit (snelle schommelingen van en naar koorts of verhoogde temperatuur)
 Warmte-intolerantie
 Andere temperatuurproblemen (niet hierboven of onder genoemd)

Als u enige van de volgende temperatuurproblemen heeft gehad, wanneer had u deze symptomen? *

Selecteer symptomen voor de eerste **4 weken**, vervolgens **maanden** (als u nog niet aan een week/maand zit, laat het open). Selecteer een symptoom ook als u dit slechts voor een deel van een week of maand heeft gehad.

N.v.t. **Week** Week Week Week **Maand** Maand Mi
 1 2 3 4 **2** 3

Verhoogde temperatuur (37.1-37.9 graden Celsius, 98.8-100.4 graden Fahrenheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Koorts (38 graden Celsius / 100.4 graden Fahrenheit of hoger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lage temperatuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rillingen/opvlieging/zweeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alle andere temperatuurproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Als u een lage temperatuur had, wat was uw laagste temperatuur?

Voer alleen cijfers in.

Als u een hoge temperatuur had, wat was uw hoogste temperatuur?

Voer alleen cijfers in.

Cardiovascular Symptoms

Hart- en Vaatsymptomen

Wanneer ervoer u deze symptomen? *

Selecteer symptomen voor de eerste **4 weken**, vervolgens **maanden** (indien van toepassing). Selecteer een symptoom ook als u dit slechts voor een deel van een week of maand heeft gehad.

	N.v.t.	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4
Tachycardie (hoge hartslag, >90 slagen per minuut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bradycardie (lage hartslag, <60 slagen per minuut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartkloppingen (gevoel of bewustzijn van uw hartslag. Voelen alsof uw hart op hol slaat, bonst of slagen overslaat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abnormaal hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abnormaal lage bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zichtbaar ontstoken/gezwollen bloedvaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flauwvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedproppen (Trombose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Als u tachycardie had en dit kon meten, wat was de maximale hartslag (in slagen per minuut) die u mat, in rust?

Als u tachycardie had en dit kon meten, wat was de maximale hartslag (in slagen per minuut) die u mat, bij inspanning (tijdens lichamelijke activiteit)?

Als u tachycardie had en dit kon meten, was uw hartslag hoger tijdens het staan in vergelijking met zitten?

- Ja, het was hoger wanneer ik stond
- Nee, het was hoger wanneer ik zat
- Het was ongeveer gelijk tijdens staan of zitten

Als u tachycardie had en dit kon meten, hoeveel veranderde uw hartslag over het algemeen van een liggende positie naar een staande, de laatste keer dat u dit mat? (In slagen per minuut)

All Other Symptoms - Timecourse

Deze sectie heeft meerdere vragengroepen over meerdere symptomen/problemen georganiseerd per deel van het lichaam

(Algemene Problemen, Gastro-enterologische problemen, Ademhalings- en sinussymptomen, oor-/gehoorsymptomen, oogsymptomen, Voortplantings- en urinaire symptomen, huid- en allergiesymptomen, en spier- en gewrichtsproblemen)

Heeft u deze symptomen gehad, en wanneer ervoer u ze? *

Selecteer symptomen voor de eerste **4 weken**, vervolgens **maanden** (indien van toepassing). Selecteer een symptoom ook als u dit slechts voor een deel van een week of maand heeft gehad. **Als u geen van de symptomen in een verzameling gehad heeft, selecteer het vakje (Geen van de onderstaande problemen zijn op mij van toepassing) boven de gegroepeerde verzameling.**

Algemene Problemen

Geen van de onderstaande algemene symptomen zijn op mij van toepassing

Wanneer ervoer u deze symptomen? *

Selecteer symptomen voor de eerste **4 weken**, vervolgens **maanden** (indien van toepassing). Selecteer een symptoom ook als u dit slechts voor een deel van een week of maand heeft gehad.

N.v.t.	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	N
--------	-------------------------	-----------	-----------	-----------	--------------------------	------------	---

Duizeligheid / vertigo (draaiduizeligheid) / instabiliteit of evenwichtsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuralgie (zenuwpijn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanval of insult (bevestigd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanval of insult (vermoeden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gevallen van ademhalingsproblemen/naar adem happen wanneer uw zuurstofverzadiging normaal is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laag zuurstofgehalte (<94%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieuwe/onverwachte anafylactische reactie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acute (plotselinge) verwarring/desoriëntatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwarde woorden/spraak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoge bloedsuiker (wanneer gemeten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lage bloedsuiker (wanneer gemeten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gastro-enterologische Problemen

Geen van de onderstaande gastro-enterologische symptomen zijn op mij van toepassing

Gastro-enterologische Problemen

N.v.t. **Week 1** Week 2 Week 3 Week 4 **Maand 2** Maand 3 Maand 4 Maand 5

Constipatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overgeven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlies van eetlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buikpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brandend maagzuur / gastro-oesofageale reflux / zure reflux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ademhalings- en Sinussymptomen

Geen van de onderstaande ademhalings- en sinussymptomen zijn op mij van toepassing

Ademhalings- en Sinussymptomen

	N.v.t.	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3
Droge hoest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoest met slijmproductie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloed ophoesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortademigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drukkend gevoel op de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loopneus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pijn/brandend gevoel op de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reutelend geluid bij ademhaling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keelpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>							

Oor- en Gehoorsymptomen

Geen van de onderstaande oor- en gehoorsymptomen zijn op mij van toepassing

Oor- en Gehoorsymptomen

	N.v.t.	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4	N
Gehoorverlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere oor-/gehoorproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Oog- en Gezichtssymptomen

Geen van de onderstaande oog- en gezichtssymptomen zijn op mij van toepassing

Oog- en Gezichtssymptomen

	N.v.t.	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4
Gezichtssymptomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere oogsymptomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voortplantings- en Urinaire Symptomen

Geen van de onderstaande voortplantings- en urinaire symptomen zijn op mij van toepassing

Voortplantings- en Urinaire Symptomen

	N.v.t.	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4
All menstruatie-/ongesteldheidsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemen met blaascontrole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Huid- en Allergiesymptomen

Geen van de onderstaande huid- en allergiesymptomen zijn op mij van toepassing

Huid- en Allergiesymptomen

	N.v.t.	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4
Schilferige huid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Petechiën (kleine, rood-paarse of bruine puntjes in de huid, vooral op de armen, benen, buik, billen, en soms in de mond of op oogleden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COVID-tenen (verkleuring, zwelling, blaarvorming of pijnlijke tenen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatographia (krassen op de huid veroorzaakt rode striemen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieuwe allergieën (voedsel-, chemisch-, milieu-, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huiduitslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width: 280px; height: 30px;" type="text"/>							

Spier- en Gewrichtsproblemen

Geen van de onderstaande spier- en gewrichtsproblemen zijn op mij van toepassing

Spier- en Gewrichtsproblemen

	N.v.t.	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4	Maand 5
Spasmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spierpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewrichtspijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Botpijn of een brandend gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

All Other Symptoms - Checkbox

Alle Andere Symptomen

Heeft u een of meerdere van deze symptomen gehad sinds het begin van uw COVID-19 ziekte? *

(Kies alle opties die van toepassing zijn)

- Niet kunnen huilen
- Niet kunnen gapen
- Brok in de keel / moeite met slikken
- Veranderingen in de stem
- Bloed ophoesten
- Het gevoel dat u niet echt bent / alsof u uzelf observeert van buiten uw lichaam (depersonalisatie)
- Het gevoel hebben dat de wereld niet echt is (derealisatie)
- Extreme dorst
- Geen van bovenstaande

Oor- en Gehoor

- Oorpijn
- Veranderingen in de gehoorgang (zoals druk, verstopping, branderig gevoel, zwelling)
- Gevoelloosheid / verlies van gevoel
- Gevoeligheid voor lawaai
- Andere oor- en gehoorsymptomen
- Geen van bovenstaande

Ogen en Gezichtsvermogen

- Zichtsymptomen - Wazig zien
- Zichtsymptomen - Dubbel zien
- Zichtsymptomen - Lichtgevoeligheid
- Zichtsymptomen - Tunnelvisie
- Zichtsymptomen - Volledig verlies van zicht
- Druk of pijn op/in het oog
- Rood oog (conjunctivitis)
- Bloeddoorlopen ogen
- Droge ogen
- Roodheid aan de buitenkant van de ogen
- Floaters (mouches volantes)
- Dingen zien in het perifere gezichtsveld
- Andere oogproblemen:
- Geen van bovenstaande

Voortplanting en Urinair

- Vervroegde menopauze
- Postmenopauzaal bloedverlies/'spotting'
- Abnormaal zware menstruatie / stolling
- Abnormaal onregelmatige menstruatie
- Andere menstruatieproblemen
- Verkleining van de testikels / penis
- Pijn in testikels
- Andere zaad-/penis-/testikelproblemen

- Seksuele disfunctie (moeite om een erectie te behouden, vaginale droogheid, moeite met orgasmen)
- Urinaire problemen, anders
- Geen van bovenstaande

Gastro-intestinaal

- Snel een vol gevoel bij het eten
- Buikpijn
- Voelbaar overactieve darm
- Geen van bovenstaande

Huid en Allergie

- Nieuwe allergie (voedsel-, chemisch-, milieu-, etc.)
- Verhoogde reactie op oude allergie
- Jeukende huid
- Jeukende ogen
- Jeuk, anders
- Broze/verkleurde nagels
- Gordelroos
- Geen van bovenstaande

Symptom Course

Hoe ernstig waren / zijn uw symptomen gedurende de **weken/maanden?** *

Als u in een periode verschillende mate van ernst van symptomen heeft ondervonden, kies dan de meest ernstige binnen deze periode.

	Geen symptomen	Heel mild	Mild	Matig	Ernstig	Zeer ernstig
Week 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Week 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Week 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Week 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maand 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Geen symptomen	Heel mild	Mild	Matig	Ernstig	Zeer ernstig
Maand 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maand 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maand 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maand 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maand 7+	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Geen symptomen	Heel mild	Mild	Matig	Ernstig	Zeer ernstig

Welke van deze omschrijvingen past bij uw ervaring met terugvallen, en uw symptoomverloop in het algemeen? Selecteer alles wat van toepassing is: *

- Ik ervaar geen terugvallen / heb nog geen terugval ervaren.
- Mijn terugvallen hebben een regelmatig patroon (maandelijks, dagelijks of wekelijks).

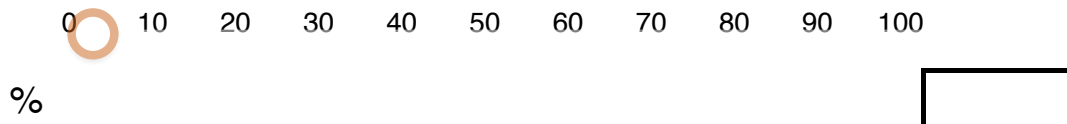
- Mijn terugvallen hebben een onregelmatig patroon (onvoorspelbaar).
- Mijn terugvallen hebben komen na een trigger (stress, alcohol, sporten/inspanning, etc).
- Mijn terugvallen worden in de loop van de tijd korter/lichter.
- Mijn terugvallen worden in de loop van de tijd langer/zwaarder.
- Mijn terugvallen zijn in de loop van de tijd ongeveer even zwaar gebleven.
- Over het algemeen zijn mijn symptomen langzaamaan beter geworden.
- Over het algemeen zijn mijn symptomen ongeveer hetzelfde gebleven.
- Over het algemeen zijn mijn symptomen erger geworden.
- Ik ging snel achteruit
- Ik werd snel beter.
- Anders

Welke van de volgende veroorzaken een terugval of verergering van de symptomen? Kies alle opties die van toepassing zijn: *

- Stress
- Alcohol
- Cafeïëne
- Hitte
- Ongesteldheid/menstruatie
- De week vóór ongesteldheid/menstruatie
- Sporten
- Lichaamsbeweging
- Mentale inspanning
- Anders

Hoe zou u zeggen dat u zich vandaag voelt, op een schaal van 0-100% (waarbij 100% weergeeft hoe u zich voelde voordat u COVID had)?

__É



Symptom Severity

Noem ten minste **drie symptomen** die het meest slopend zijn geweest tijdens uw herstel.

Op een schaal van 0-10, hoe ernstig waren deze symptomen? (0 is prima, 10 is volledig slopend).

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Symptoom 1 *	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>											<input type="text"/>
Symptoom 2 *	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>											<input type="text"/>
Symptoom 3 *	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>											<input type="text"/>
Symptoom 4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>											<input type="text"/>

Symptoom 5



Post-Exertional Malaise (effects of physical and mental activity on symptoms)

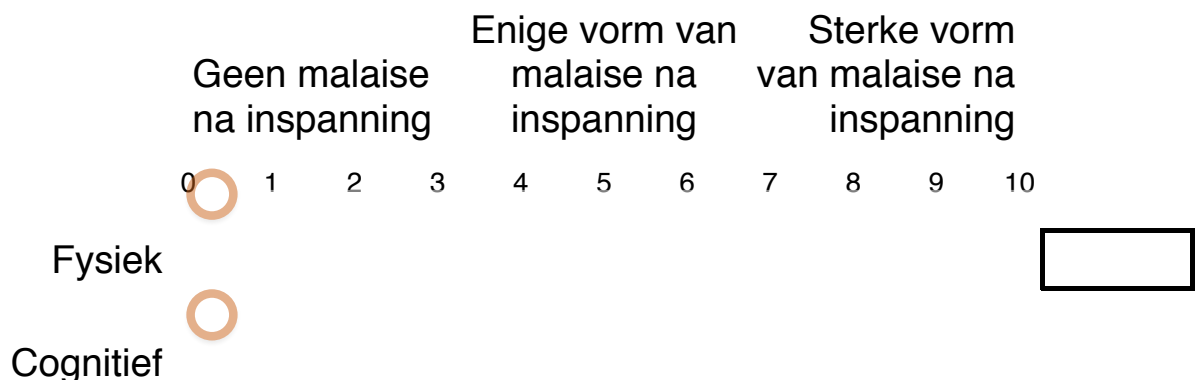
Malaise na Inspanning

Verslechtering of terugval van symptomen na fysieke en/of mentale activiteit

Heeft u tijdens uw herstel van COVID-19 na lichamelijke of mentale activiteit enige verergering of terugval van uw symptomen ervaren? *

- Ja
 Nee

Hoe sterk ervoer u doorgaans een verergering/terugval van uw symptomen? Houd a.u.b. de schuifregelaar op 0 als u dit helemaal niet heeft ervaren. *



Als u een verslechtering of terugval hebt ervaren na **Fysieke** Activiteit, wanneer vindt deze verslechtering/terugval plaats? *

- Onmiddellijk
- Dezelfde dag nog, na een paar uur
- De volgende dag
- Een paar dagen later
- Het wisselt
- Ik ervaar geen verslechtering of terugval van symptomen na Fysieke Activiteit

Als u een verslechtering of terugval hebt ervaren na **Mentale** Activiteit, wanneer vindt deze verslechtering/terugval plaats? *

- Onmiddellijk
- Dezelfde dag nog, na een paar uur
- De volgende dag
- Een paar dagen later
- Het wisselt
- Ik ervaar geen verslechtering of terugval van symptomen na Mentale Activiteit

Hoe lang duurt de verslechtering/terugval van symptomen doorgaans na Fysieke of Mentale Activiteit? *

- Een paar uur
 Een paar dagen
 Een paar weken
 Anders

(Optioneel) Beschrijf wat u nog meer wilt delen over uw ervaring met malaise na inspanning. U kunt bijvoorbeeld het soort activiteiten opnoemen dat uw symptomen het sterkst verergert (wandelen, zware lichamelijke inspanning, lezen, films kijken, enz.).

Wanneer ervoer u deze symptomen? *

Selecteer symptomen voor de eerste **4 weken**, vervolgens **maanden** (indien van toepassing). Selecteer een symptoom ook als u dit slechts voor een deel van een week of maand heeft gehad.

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4	Maand 5
Verslechtering/terugval van symptomen door fysieke en mentale inspanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fatigue Assessment Scale

Vermoeidheid

De volgende tien uitspraken gaan over hoe u zich voelde tijdens het **huidige** stadium van uw herstel van COVID-19 (gedurende de afgelopen week). **Geef a.u.b. antwoord op elke vraag, ook al heeft u op het moment geen klachten.** *

	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Altijd
Ik heb last van vermoeidheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik word heel snel moe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik doe overdag niet veel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb genoeg energie voor dagelijks leven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik voel me fysiek uitgeput	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Altijd
Ik heb moeite om dingen te beginnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb moeite met helder denken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb geen zin om iets te doen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik voel me mentaal uitgeput	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Als ik iets aan het doen ben, kan ik me goed concentreren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In vergelijking met hoe u zich voelde voordat u COVID-19 kreeg, hoe zou u uw vermoeidheidsniveau omschrijven **tijdens** het herstel van COVID? *

- Aanzienlijk hoger dan voor COVID
- Matig hoger dan voor COVID
- Iets hoger dan voor COVID
- Hetzelfde vergeleken met voor COVID
- Lager dan voor COVID

Hoeveel DAGELIJKSE rust kunt/kon u gemiddeld krijgen TIJDENS uw COVID-19-herstel? (Rust betekent tijd om te herstellen/ontspannen zonder werk, kinderopvang of andere verplichtingen). **Tel a.u.b. uw dagelijkse slaap of middagdutjes niet mee.** *

- Minder dan 2 uur per dag
- 2-4 uur
- 4-6 uur
- 6-8 uur
- meer dan 8 uur per dag

Als u zich vermoeid voelde, wanneer voelde u zich dan vermoeid? *

Selecteer symptomen voor de eerste **4 weken**, vervolgens **maanden** (indien van toepassing). Vul dit in ook als u deze symptomen slechts voor een deel van een week of maand heeft gehad.

	N.v.t.	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Maand 2	Maand 3	Maand 4	Maand 5
Vermoeidheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Changes in Sensitivity to Medication or Other Substances

Veranderingen in Gevoeligheid voor Medicatie of Andere Stoffen

Heeft u problemen ondervonden met veranderingen in de gevoeligheid voor medicatie of andere stoffen? *

- Ja
 Nee

Welk(e) medicijn(en) of stof(fen)? Als er meerdere zijn, scheid ze dan met een komma.

In het geval van een medicijn, waar gebruikt u dit medicijn voor?

Beschrijf de veranderingen die u opmerkte:

General Functioning

In het algemeen, hoe zou u uw gezondheid VOOR de aanvang van COVID beschrijven: *

- Uitstekend
- Heel goed
- Goed
- Redelijk
- Slecht

In het algemeen, hoe zou u uw HUIDIGE gezondheid beschrijven: *

- Uitstekend
- Heel goed
- Goed
- Redelijk
- Slecht

Beperkt uw gezondheid momenteel uw vermogen om meerdere trappen op te lopen? *

- Ja, zeer beperkend
- Ja, enigszins beperkend
- Nee, helemaal niet beperkend

Beperkt uw gezondheid momenteel uw vermogen om een blokje om te lopen? *

- Ja, zeer beperkend
- Ja, enigszins beperkend
- Nee, helemaal niet beperkend

Beperkt uw gezondheid momenteel uw vermogen om uzelf te wassen of aan te kleden? *

- Ja, zeer beperkend
- Ja, enigszins beperkend
- Nee, helemaal niet beperkend

Heeft u in de afgelopen 4 weken een of meerdere van de volgende problemen gehad met uw werk of andere normale dagelijkse bezigheden als gevolg van uw **lichamelijke gezondheid**? (vink alles aan wat van toepassing is) *

- Minder bereikt dan u zou willen
- U was beperkt in het soort werk of andere activiteiten
- Niet beperkt

Heeft u in de afgelopen 4 weken een of meerdere van de volgende problemen gehad met uw werk of andere normale dagelijkse bezigheden als gevolg van uw **emotionele gesteldheid**? (vink alles aan wat van toepassing is) *

- Minder bereikt dan u zou willen
- U was beperkt in het soort werk of andere activiteiten
- Niet beperkt

Mental Health

Geestelijke Gezondheidssymptomen

Als u wilt hoeft u hier niet alle vragen te beantwoorden.

Als u zelfmoordgedachten heeft, dan zijn de volgende gratis telefoonlijnen dag en nacht beschikbaar om u te steunen:

VS: 1-800-273-8255 (Crisis Text Line: SMS TALK naar 741741)

VK: 116 123

Nederland: 0800 0113

Canada: 833-456-4566

Vind [meer hulplijnen](#) voor uw land

Heeft u ooit (vóór de symptomen van COVID-19) een diagnose van een psychische aandoening gehad (bijv. depressie, angst- of paniekstoornis, psychose, enz.)?

- Ja
- Nee

Geloof u dat u een psychische aandoening heeft of heeft gehad die niet is vastgesteld?

- Ja
 Nee

Als u een van de bovenstaande vragen met ja hebt beantwoord, welke van de volgende heeft u ervaren? (vink alles aan wat van toepassing is)

- Depressie
 Bipolaire stoornis
 Angststoornis
 Stoornis in het gebruik van middelen
 Eetstoornis
 Persoonlijkheidsstoornis
 Psychotische stoornis
 Delirium (Acute verwardheid)
 Posttraumatische stressstoornis (PTSS)
 Anders

Voor elke aandoening die op u betrekking heeft, geef het volgende aan:

	N.v.t.	Geen verandering tijdens COVID-19	Begonnen tijdens COVID- 19	Significante verslechtering tijdens COVID-19	N versle tij CO\
Depressie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Bipolaire stoornis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(

Angststoornis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Stoornis in het gebruik van middelen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Eetstoornis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Persoonlijkheidsstoornis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Psychotische stoornis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Delirium (Acute verwardheid)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Posttraumatische stressstoornis (PTSS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Anders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
<input type="text"/>					

Beschrijf als u wilt hoe de aandoening voelde of u beïnvloedde tijdens COVID-19.

Depressive Symptoms

Hoe vaak heeft u de afgelopen 2 weken last gehad van een van de volgende problemen?

	Helemaal niet	Enkele dagen	Meer dagen wel dan niet	Bijna elke dag
Weinig interesse of plezier om dingen te doen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neerslachtig,
depressief of
hopeloos voelen

Problemen met in
slaap vallen/blijven, te
veel slapen

Moe voelen of weinig
energie hebben

Helemaal niet

Enkele dagen

Meer dagen
wel dan niet

Bijna elke dag

Slecht gevoel over
uzelf of denken dat u
een mislukking bent
of dat u uzelf of uw
familie teleurstelt

Zo langzaam
bewegen of spreken
dat andere mensen
het kunnen hebben
opgemerkt. Of het
tegenovergestelde;
zo onrustig of
rusteloos zijn dat u
veel meer dan
normaal in beweging
bent.

Denken dat het beter
zou zijn als u dood
was of erover denken
om uzelf op de
©©©n of andere
manier pijn doen.

Helemaal niet

Enkele dagen

Meer dagen
wel dan niet

Bijna elke dag

Als u een of meerdere van de bovenstaande problemen heeft aangevinkt, hoe moeilijk hebben deze problemen het dan voor u gemaakt om uw werk te doen, dingen in het huishouden te doen, of met andere mensen om te gaan?

- Helemaal niet moeilijk
 Enigszins moeilijk
 Erg moeilijk
 Heel erg moeilijk

(Optioneel) Als u wilt, beschrijf uw ervaringen in meer detail.

Anxiety Symptoms

Hoe vaak heeft u de afgelopen 2 weken last gehad van een van de volgende problemen?

	Helemaal niet	Enkele dagen	Meer dagen wel dan niet	Bijna elke dag
Nerveus, angstig of zenuwachtig gevoel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niet kunnen stoppen met piekeren of het niet onder controle kunnen houden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te veel zorgen maken over verschillende dingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moeite met ontspannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Helemaal niet	Enkele dagen	Meer dagen wel dan niet	Bijna elke dag

Zo onrustig zijn dat
het moeilijk is om stil
te zitten

Gemakkelijk
geïrriteerd of
prikkelbaar worden

Angstig zijn alsof er
iets vreselijks staat te
gebeuren

Helemaal niet Enkele dagen Meer dagen
wel dan niet Bijna elke dag

Als u een of meerdere van de bovenstaande problemen heeft aangevinkt, hoe moeilijk hebben deze problemen het dan voor u gemaakt om uw werk te doen, dingen in het huishouden te doen, of met andere mensen om te gaan?

- Helemaal niet moeilijk
- Enigszins moeilijk
- Erg moeilijk
- Heel erg moeilijk

(Optioneel) Vertel als u wilt meer over uw ervaringen.

Suicidal Thoughts

Als u zelfmoordgedachten heeft, dan zijn de volgende gratis telefoonlijnen dag en nacht

beschikbaar om u te steunen:

VS: 1-800-273-8255 (Crisis Text Line: SMS TALK naar 741741)

VK: 116 123

Nederland: 0800 0113

Canada: 833-456-4566

Vind [meer hulplijnen](#) voor uw land

Heeft u tijdens de COVID-19-pandemie op enig moment:

- Gewenst dat u dood was of dat u kon gaan slapen en niet meer wakker worden
- Zelfmoordgedachten gehad
- Gedachten gehad om uzelf iets aan te doen
- Uzelf iets aangedaan
- Ik had geen zelfmoordgedachten
- Anders

Psychiatric Medication

Heeft u tijdens uw herstel voorgeschreven psychiatrische medicatie genomen?

- Ja
- Nee

Zijn er op enig moment tijdens de COVID-19-pandemie wijzigingen geweest in uw psychiatrische medicatie?

- Ja, de dosering van mijn eerdere medicijnen is aangepast
 Ja, er werden nieuwe medicijnen aan mij voorgeschreven
 Nee, ik bleef mijn medicijnen met een ongewijzigde dosering gebruiken
 Nee, ik had geen psychiatrische medicatie nodig

Als u NIEUWE medicijnen hebt voorgeschreven gekregen, welke waren dit?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva (Niet Bupropion) | <input type="checkbox"/> Melatonine tegen slapeloosheid |
| <input type="checkbox"/> Wellbutrin (Bupropion) | <input type="checkbox"/> Stemmingsstabilisatoren (bijv. lithium, valproaat, topiramaat, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Benzodiazepine (angst verminderende medicijnen) | <input type="checkbox"/> Stimulantia |
| <input type="checkbox"/> Antipsychotica | <input type="checkbox"/> Andere |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> Z-medicatie tegen slapeloosheid (bijv. zolpidem, zopiclon, zaleplon) | |

Heeft u een van deze medicijnen gebruikt, geef dan aan hoe deze uw toestand hebben beïnvloed. (Geef een antwoord waar dit van toepassing is)

	Redelijk				Redelijk
Veel	wat	iets	Ongeveer	iets	wat
beter	beter	beter	hetzelfde	slechter	slechter

Antidepressiva (SSRI/SNRI/Wellbutrin, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benzodiazepine (angst verminderende medicijnen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antipsychotica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Z-medicatie tegen slapeloosheid (bijv. zolpidem, zopiclon, zaleplon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Redelijk wat beter	iets beter	Ongeveer hetzelfde	iets slechter	Redelijk wat slechter
Melatonine tegen slapeloosheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stemmingsstabilisatoren (bijv. lithium, valproaat, topiramaat, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimulantia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere <input style="width: 280px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Redelijk wat beter	iets beter	Ongeveer hetzelfde	iets slechter	Redelijk wat slechter

Als u tijdens COVID-19 psychiatrische behandeling nodig had, vink dan aan welke van toepassing zijn:

- Ik ben behandeld door mijn huisarts
- Ik ben behandeld door mijn eerdere GGZ-arts (geestelijke gezondheidszorg)
- Ik ben behandeld door mijn een nieuwe GGZ-arts (geestelijke gezondheidszorg)
- Ik heb niet de behandeling gekregen die ik nodig had

Als u geen psychiatrische behandeling heeft kunnen krijgen, welke van

de volgende factoren heeft hieraan bijgedragen?

- Kosten
- Toegang tot een apparaat met voorziening voor zorg op afstand
- De zorg(instelling) van mijn voorkeur wordt niet vergoed door mijn verzekering
- De zorg(instelling) van mijn voorkeur staat biedt geen zorg op afstand aan
- Anders

Coping

Welke welzijns-activiteiten heeft u ondernomen/in deelgenomen om beter om te gaan met uw situatie? (vink alles aan wat van toepassing is)

- Online COVID-19 ondersteuningsgroepen/gemeenschappen (specifiek voor COVID-19)
- Online ondersteuningsgroepen/gemeenschappen (niet specifiek voor COVID-19)
- Therapie
- Yoga
- Aerobics
- Meditatie
- Geen van bovenstaande

Als u zich heeft aangesloten bij een online COVID-19 gemeenschap, wat is het effect van deelname geweest op uw psychologische welzijn?

- Significante verbetering van mijn psychologische welzijn

- Redelijke verbetering van mijn psychologische welzijn
- Had geen effect op mijn psychologische welzijn
- Redelijke verslechtering van mijn psychologische welzijn
- Significante verslechtering van mijn psychologische welzijn

Bent u het eens met de volgende uitspraak? "Een of meer van mijn artsen geloofden mij niet"

- Sterk mee eens
- Mee eens
- Een beetje mee eens
- Niet mee eens, maar ook niet mee oneens
- Een beetje mee oneens
- Mee oneens
- Sterk mee oneens

(Optioneel) Beschrijf hoe deelname aan online gemeenschappen uw welzijn beïnvloedt.

Fysiek afgezonderd zijn van anderen heeft:

- Heeft een sterke negatieve invloed op mijn mentale welzijn gehad
- Heeft een negatieve invloed op mijn mentale welzijn gehad
- Heeft geen invloed op mijn mentale welzijn gehad
- Heeft een positieve invloed op mijn mentale welzijn gehad

- Heeft een sterk positieve invloed op mijn mentale welzijn gehad
- Ik ben niet fysiek afgezonderd geweest van anderen

(Optioneel) Beoordeel de onderstaande 28 uitspraken over coping-strategieën (methoden om beter om te kunnen gaan met negatieve situaties)

	Ik heb dit helemaal niet gedaan	Een beetje	Tot op redelijke hoogte	Ik heb dit veel gedaan
Ik heb mij op werk of andere activiteiten gericht om mijn gedachten af te leiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb mij ingespannen om iets aan mijn situatie te doen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb tegen mezelf gezegd: 'dit is niet echt'	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb alcohol of andere drugs gebruikt om mezelf beter te laten voelen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb emotionele steun gekregen van anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb het opgegeven om te proberen ermee om te gaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb actie ondernomen om de situatie te verbeteren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ik heb dit helemaal niet gedaan	Een beetje	Tot op redelijke hoogte	Ik heb dit veel gedaan

Ik heb niet willen geloven dat het is gebeurd

Ik heb dingen gezegd om mijn onaangename gevoelens te ventileren

Ik heb hulp en advies gekregen van andere mensen

Ik heb geprobeerd dingen in een ander licht te zien, om ze positiever te laten lijken

Ik heb mezelf bekritiseerd

Ik heb geprobeerd een strategie te bedenken voor wat ik moet doen

Ik heb troost en begrip gekregen van iemand

Ik heb dit helemaal niet gedaan

Een beetje

Tot op redelijke hoogte

Ik heb dit veel gedaan

Ik heb de poging om ermee om te gaan opgegeven

Ik ben op zoek geweest naar iets goeds in wat er gebeurt

Ik heb er grappen over gemaakt

Ik heb dingen gedaan om er minder over na te denken, zoals naar de film gaan, tv kijken, lezen, dagdromen, slapen of winkelen

Ik heb het feit dat het is gebeurd geaccepteerd

Ik heb mijn negatieve gevoelens geuit

Ik heb geprobeerd troost te vinden in mijn religie of spirituele overtuigingen

Ik heb dit helemaal niet gedaan

Een beetje

Tot op redelijke hoogte

Ik heb dit veel gedaan

Ik heb geprobeerd advies of hulp van andere mensen te krijgen over wat ik moest doen

Ik heb ermee leren leven

Ik heb goed nagedacht over welke stappen ik moet nemen

Ik heb mezelf de schuld gegeven voor dingen die zijn gebeurd

Ik heb gebeden of gemediteerd

Ik heb de situatie belachelijk gemaakt

Ik heb dit helemaal niet gedaan

Een beetje

Tot op redelijke hoogte

Ik heb dit veel gedaan

Is er nog iets dat u zou willen delen met betrekking tot coping-strategieën?

Structural Support

Hoe zou u de steun of het gebrek aan steun van de volgende mensen tijdens uw ziekte omschrijven?

	Schadelijk	Afwijzend	Sceptisch	Apathisch	Enigszin bezorg
Medische zorgverleners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vrienden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echtgenoot / Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie (niet Echtgenoot/Partner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werkgever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Optioneel) Als u wilt, kunt u hier uw ervaringen met de steun of het gebrek aan steun van mensen tijdens uw ziekte delen.

Welke van deze scenario's passen bij uw ervaring terwijl u ziek was?

- Ik woonde alleen en voelde me goed in staat om voor mezelf te zorgen
- Ik woonde alleen en had meer hulp nodig dan ik kon krijgen
- Ik woonde samen met iemand en deze zorgde(n) goed voor me
- Ik woonde samen met iemand en had meer hulp nodig dan ik kon krijgen
- Anders

Als u aan het isoleren was, hetzij in een ruimte in hetzelfde huis hetzij in een ander huis, welke van deze scenario's kwamen het beste overeen met uw ervaring?

Versta onder '**herenigd**' dat u weer met anderen samenleefde, niet slechts bezoeken van of samenkomen met anderen.

- Ik was niet aan het isoleren / ik heb tijdens mijn ziekte met anderen geleefd.
- Ik heb me op een gegeven moment in week 1-3 met anderen herenigd en ze raakten geïnfecteerd (waarschijnlijk via mij)
- Ik heb me op een gegeven moment in week 1-3 met anderen herenigd en ze raakten niet geïnfecteerd
- Ik heb me op een gegeven moment in week 4-6 met anderen herenigd en ze raakten geïnfecteerd
- Ik heb me op een gegeven moment in week 4-6 met anderen herenigd en ze raakten niet geïnfecteerd

- Ik heb me op een gegeven moment na week 6 met anderen herenigd en ze raakten geïnfecteerd
- Ik heb me op een gegeven moment na week 6 met anderen herenigd en ze raakten niet geïnfecteerd
- Ik ben nog steeds aan het isoleren / ben niet herenigd met anderen
- N.v.t.

Heeft u huisdieren in huis? *

- Ja
- Nee

Zo ja, welke diersoort?: *

- Kat
- Hond
- Knaagdier
- Andere

Wat betreft de medische zorg die u heeft gekregen tijdens de COVID-19-pandemie: *

- Ik denk dat ik de juiste hoeveelheid zorg heb ontvangen
- Ik denk dat ik de hoeveelheid zorg die ik heb ontvangen iets ondermaats is
- Ik denk dat ik de hoeveelheid zorg die ik heb ontvangen significant ondermaats is
- Ik had geen medische zorg nodig

Wat betreft uw financiële gesteldheid tijdens de COVID-19-pandemie (kies alle juiste antwoorden): *

- Ik ben mijn baan kwijtgeraakt of heb als zelfstandige niet kunnen werken
- Ik heb me geen basisbehoefte zoals eten en huur kunnen veroorloven
- Ik sta onder financiële druk maar heb de eindjes aan elkaar kunnen knopen
- Ik heb geen financiële druk gevoeld

(Optioneel) Ik geloof dat mijn regionale overheden en landelijke volksgezondheidsinstellingen hun uiterste best hebben gedaan om de COVID-19-pandemie aan te pakken.

- Sterk mee eens
- Me eens
- Een beetje mee eens
- Niet mee eens, maar ook niet mee oneens
- Een beetje mee oneens
- Me oneens
- Sterk mee oneens

Als u kinderen heeft, zijn uw kinderen dan meer dan drie weken (vermoedelijk) ziek geweest met COVID?

- Ik heb geen kinderen.
- Mijn kinderen zijn niet ziek geweest.
- Mijn kinderen zijn ziek geweest maar ze herstelden binnen 3 weken.
- Een of meer van mijn kinderen zijn al meer dan 3 weken ziek, en één of meer van mijn kinderen zijn binnen 3 weken hersteld.

Al mijn kinderen zijn meer dan 3 weken ziek geweest.

Work

Had u een baan voordat u COVID kreeg?

- Ja, voltijds
- Ja, deeltijd
- Ik was zelfstandige, voltijds
- Ik was zelfstandige, deeltijd
- Nee

Had/heeft u aanpassingen of verminderde uren nodig als gevolg van aanhoudende problemen/symptomen?

- Ja, ik moest mijn uren verminderen (op de werkplek).
- Ja, ik moest mijn uren verminderen (thuiswerken).
- Ja, ik heb ontslag moeten nemen of ben ontslagen.
- Nee, ik ben in staat geweest om normaal door te werken.
- Anders, geef a.u.b. een beschrijving

Other Medical Diagnostics

Heeft u medische diagnostische tests ondergaan voor uw lichamelijke

symptomen van COVID-19? (Scans, echo's, ECG's)

- Ja
 Nee

Heeft u een of meerdere van de volgende medische diagnostische tests uitgevoerd? Opmerking: als u een test meerdere keren hebt laten uitvoeren, voer dan 'Abnormaal' in zodra u op in ieder geval een moment een abnormaal resultaat heeft ontvangen.

	Niet getest	Ja - normaal	Ja - abnormaal
MRI - hersenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MRI - borst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CT scan - borst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CT scan - hersenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CT scan - buik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Niet getest	Ja - normaal	Ja - abnormaal
CT scan - pulmonair angiogram	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Röntgenfoto - borst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruggenprik (lumbaalpunctie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echo - been	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echo - hart	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Niet getest	Ja - normaal	Ja - abnormaal
Echo - buik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ECG/EKG (hartfilmpje)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EEG (hersensfilmpje)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EMG (spier-zenuwonderzoek)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anders



Niet getest

Ja - normaal

Ja - abnormaal

Als de uitkomst van de MRI van de hersenen, CT van de hersenen of EEG van de hersenen abnormaal was, beschrijf dan hier de resultaten.

Als de uitkomst van de MRI van de borst, CT van de borst of röntgenfoto van de borst abnormaal was, beschrijf dan hier de resultaten.

Als de uitkomst van de ruggenprik abnormaal was, beschrijf dan hier de resultaten.

Als de uitkomst van de EMG abnormaal was, beschrijf dan hier de resultaten.

Als de uitkomst van een van de andere bovengenoemde tests abnormaal was, beschrijf dan hier de resultaten.

Als u een abnormale uitslag heeft van een test die hierboven niet wordt vermeld, beschrijf dan hier de resultaten.

Diagnostics Blood Tests

Heeft u diagnostisch bloedonderzoek gehad voor uw COVID-19-symptomen? (bijvoorbeeld een compleet bloedbeeld of CBC)

- Ja
 Nee

Wat was het resultaat van uw bloedonderzoeken voor de volgende punten? Als uw resultaten op een bepaald moment abnormaal waren maar vervolgens zijn opgelost, vermeld dan het abnormale resultaat.

	Niet getest	Normaal	Abnormaal, hoog	Abnormaal, laag	Weet ik niet zeker/kar het niet vinden
Kreatinine (doorgaans onderdeel van het uitgebreide metabole paneel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aantal lymfocyten (doorgaans onderdeel van compleet bloedbeeld, CBC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aantal eosinofielen (doorgaans onderdeel van compleet bloedbeeld, CBC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eosinofielen % (doorgaans onderdeel van compleet bloedbeeld, CBC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leverfunctieonderzoek/hepatische paneel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					Weet ik niet zeker/kar het niet vinden
	Niet getest	Normaal	Abnormaal, hoog	Abnormaal, laag	
D-dimeer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C-reektief proteïne (CRP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESR (bezinkingsnelheid)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibrinogeen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere					
<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beschrijf voor elk van de abnormale bloedwaarden het resultaat verder

Als u abnormale uitslagen hebt voor andere bloedonderzoeken, beschrijf deze dan hier. (Zet elke abnormale test op een nieuwe regel).

Bent u voor deze aandoeningen getest sinds COVID?

	Niet getest	Negatief	Huidige/recente infectie (sinds COVID)	Historische infectie
Epstein-Barr (mono)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ziekte van Lyme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cytomegalovirus (CMV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Heeft u een van deze diagnoses gekregen voor een van uw symptomen? Selecteer alles wat van toepassing is.

- Guillain-Barre syndroom
- Dunnevezelneuropathie
- Autonome neuropathie
- Polyneuropathie

- Neuralgie (zenuwpijn) (noem het type neuralgie in het tekstvak)
- Antifosfolipidensyndroom, virusinfectie of auto-immuun
- Sarcoidose
- Beroerte (noem het type beroerte in het tekstvak)
- Demyeliniserende laesies
- Posturale orthostatische tachycardie syndroom (POTS)
- Encefalopathie
- Hersenontsteking (encefalitis) (noem het type hersenontsteking in het tekstvak)
- Meningo-encefalitis
- Hersenvliesontsteking (meningitis)
- Acute gedissemineerde encefalomyelitis (ADEM)
- Acute slappe verlamming (acute myelitis)
- Oogspierverlamming (oftalmoplegie)
- Psychiatrische diagnose
- Migraine
- Motorische Perifere of Craniale neuropathie
- Posterieur reversibel encefalopathie syndroom (PERS)
- Spierzwakte (myasthenie)
- Trombotische microangiopathie
- Tapia Syndroom
- Epilepsie
- Traumatisch hersenletsel of Traumatisch hersenletsel-achtige symptomen
- Myalgische encefalomyelitis (ME) / Chronisch vermoeidheidssyndroom (ME/ CVS)

- Uitval hersenzenuw
- Maculagat
- Costochondritis
- Bloedprop
- Myocarditis

Beschrijf elke andere diagnose die u heeft gekregen (indien er meerdere zijn, plaats dan elke diagnose op een nieuwe regel en druk op "enter" tussen elk van de diagnoses.)

Treatments

Heeft u een van de volgende behandelingen geprobeerd voor uw COVID19-symptomen, en zo ja, hoezeer hielp het? (kies alles dat van toepassing is)

Dit geldt voor medicijnen op recept of vrij verkrijgbare medicijnen of alternatieve behandelingen.

	Heb dit niet geprobeerd	Hielp enigszins	Hielp aanzienlijk	Hielp niet	Onzeker
Behandelingsopties zonder medicatie Elektrolyten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Stimulatieprogramma's (pacing) (reguleren van de hoeveelheid activiteit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zout toevoegen aan eten en drinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compressiekleding (sokken, leggings)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acupunctuur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lymfatische massage (lymfedrainage)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antihistaminica __ÉH1 type Antihistaminica (difenhydramine, acrivastine en cetirizine, zoals benadryl, zyrtec, claritin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H2 type Antihistaminica (cimetidine, famotidine, zoals Pepcid)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis __ÉCBD/THC producten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuivere CBD-producten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SteroÖEden __ÉPrednison en Dexamethason	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bloedverdunners __ÉKinderaspirine (75-81mg)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Directe orale antistollingsmiddelen (anticoagulantia), Rivaroxaban (Xarelto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Warfarine (Coumadin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ontstekingsremmers __ÉCurcumine (kurkuma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omega 3 / DHA / EPA (visolie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immuunsysteembehandelingen __ÉIntraveneus gammaglobuline	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Convalescent plasma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Antivirale medicatie __ÉRemdesivir (Veklury)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotica __ÉAzithromycin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malariabehandelingen __ÉChloroquine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hydroxychloroquine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antioxidanten __ÉOxaalazijnzuur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrij verkrijgbare pijnstillers __ÉNiet-NSAID's (Tylenol, Paracetamol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NSAID's (Ibuprofen, Naproxen, Aspirine voor volwassenen (volledige dosis))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beschrijf alle andere behandelingen, medicijnen/supplementen of iets anders dat uw symptomen aanzienlijk verbeterde. (Zet ze allemaal op een nieuwe regel door na elke regel op 'enter' te drukken).

Overall COVID Experience Text Write In

Optioneel: Gebruik deze ruimte om dingen te beschrijven waarvan u beslist wilt dat anderen dit weten over de COVID-ervaring, of dat hier nog niet is genoemd. Voeg a.u.b. geen identificerende informatie toe

(zoals naam of locatie).

U heeft het einde van de enquête bereikt!

Neemt u even de tijd om te bekijken of u mogelijk iets hebt gemist. Zodra u zeker bent van uw antwoorden, *klikt u op volgende om in te dienen.*

Eenmaal ingediend, kunt u niet meer naar de enquête teruggaan om dingen te wijzigen.

Bedankt voor uw energie en tijd!

*To return to this survey later, **bookmark the link that is in your browser.***

Uitgevoerd met Qualtrics