

## 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.

	<b>Week 1</b>	Week 2	Week 3	Week 4	<b>Maand 2</b>	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.

	<b>Week 1</b>	Week 2	Week 3	Week 4	<b>Maand 2</b>	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)
- Suïciditeit
- 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.

	<b>Week 1</b>	Week 2	Week 3	Week 4	<b>Maand 2</b>	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.

	<b>Week 1</b>	Week 2	Week 3	Week 4	<b>Maand 2</b>	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.	<b>Week 1</b>	Week 2	Week 3	Week 4	<b>Maand 2</b>	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	<b>Week 1</b>	Week 2	Week 3	Week 4	<b>Maand 2</b>	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.	<b>Week 1</b>	Week 2	Week 3	Week 4	<b>Maand 2</b>	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.	<b>Week 1</b>	Week 2	Week 3	Week 4	<b>Maand 2</b>	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.	<b>Week</b> <b>1</b>	Week 2	Week 3	Week 4	<b>Maand</b> <b>2</b>	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.	<b>Week 1</b>	Week 2	Week 3	Week 4	<b>Maand 2</b>	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="text"/>						<input type="checkbox"/>

## Oor- en Gehoorsymptomen

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

## Oor- en Gehoorsymptomen

	N.v.t.	<b>Week 1</b>	Week 2	Week 3	Week 4	<b>Maand 2</b>	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.	<b>Week 1</b>	Week 2	Week 3	Week 4	<b>Maand 2</b>	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.	<b>Week 1</b>	Week 2	Week 3	Week 4	<b>Maand 2</b>	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.	<b>Week 1</b>	Week 2	Week 3	Week 4	<b>Maand 2</b>	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.	<b>Week 1</b>	Week 2	Week 3	Week 4	<b>Maand 2</b>	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).



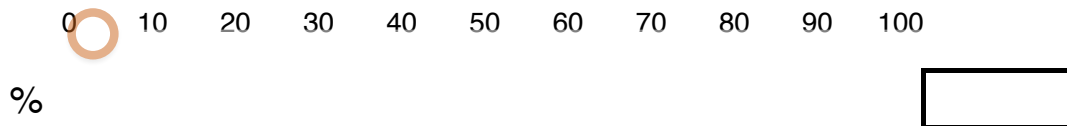
- Mijn terugvallen hebben een onregelmatig patroon (onvoorspelbaar).
- Mijn terugvallen hebben komen na een trigger (stress, alcohol, sporten/inspanning, etc).
- Mijn terugvallen worden in de loop van de tijd korter/lichter.
- Mijn terugvallen worden in de loop van de tijd langer/zwaarder.
- Mijn terugvallen 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="text"/>											<input type="text"/>
Symptoom 2 *	<input type="radio"/>										
<input type="text"/>											<input type="text"/>
Symptoom 3 *	<input type="radio"/>										
<input type="text"/>											<input type="text"/>
Symptoom 4	<input type="radio"/>										
<input type="text"/>											<input type="text"/>

## Symptom 5

