

Spørgeskema til patienter med lænderygsmærter (PRO-LBP)¹

Det er VIGTIGT, at du besvarer dette spørgeskema inden du møder til din første konsultation. Dine svar er utrolig vigtige, og vil blive brugt i konsultationen til sammen med dig at lægge en plan for dit videre forløb.

Det er vigtigt, at du besvarer alle spørgsmålene så godt som muligt. Hvis der ikke er et svar, der lige præcist passer, så vælg det, der ligger tættest på. Og husk, der er ikke nogen rigtige eller forkerte svar.

Der kan være spørgsmål, som du ikke umiddelbart finder vigtige, men som kan være vigtige for behandleren. Derfor bedes du besvare alle spørgsmål bedst muligt. Det tager ca. 30 minutter at besvare spørgsmålene.

OBS!

- Når du besvarer spørgsmålene, er det vigtigt, at du tænker på, hvordan dine nuværende smerter/symptomer i ryggen og/eller i ben/benene har påvirket din hverdag.
- Når der i spørgeskemaet står "*smerter/ symptomer*" mener vi **både smerter og andre symptomer som f.eks. kriblende, krablende og/eller snurrende fornemmelser.**
- Når der i spørgeskemaet står "*nuværende smerter/symptomer*" mener vi smerter/symptomer **indenfor de sidste 7 dage.**

Klik "næste" for at begynde

¹ Spørgeskemaet er oprindeligt udviklet i elektronisk form. Det elektroniske spørgeskema indeholder filterspørgsmål så som "Hvor er dine nuværende smerter/symptomer lokaliseret". Filterspørgsmål leder videre til andre spørgsmål, og sikrer at patienten kun besvarer spørgsmål, der er relevant for ham/hende. Det betyder også, at patienterne ikke nødvendigvis skal besvare alle de spørgsmål, du ser i denne Pdf version.

Generelle oplysninger

Skriv dit CPR-nummer _____

Angiv din højde i hele cm _____

Angiv din vægt i kg _____

Ryger du?

- Ja
- Nej, men jeg har tidligere røget
- Nej, jeg har aldrig røget

Hvor mange genstande drikker du om ugen?

- 0 genstande om ugen
- 1-7 genstande om ugen
- 8-14 genstande om ugen
- Mere end 14 genstande om ugen

Er du tidligere opereret i lænderyggen?

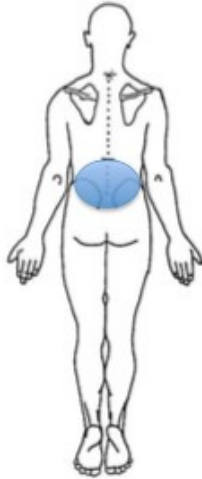
- Nej
- Ja, en gang
- Ja, to gange
- Ja, tre eller flere gange

Angiv om du har eller har haft én eller flere af nedenstående sygdomme/symptomer?

- Hjertesygdom
- Lungesygdom
- Sygdom i hjerne- / nervesystemet
- Diabetes (sukkersyge)
- Kræft
- Utilsigtet vægttab
- Anden sygdom, der påvirker din gangfunktion
- Anden sygdom, der giver dig smerter
- Allergier (inkl. allergier for medicin)
- Jeg har brugt kortikosteroider (binyrebarkhormon) tabletter i mere end 3 måneder

Dine smerter/symptomer indenfor de sidste 7 dage

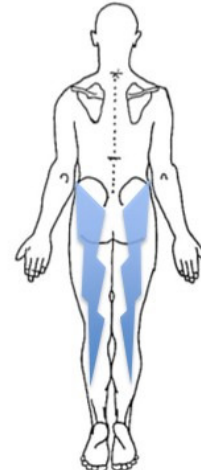
Hvor er dine nuværende smerter/symptomer lokaliseret?



I lænderyggen **uden**
udstråling til ben



I lænderyggen **med** udstråling
til ét ben eller begge ben



Kun i ben



Dine smerter/symptomer indenfor de sidste 7 dage

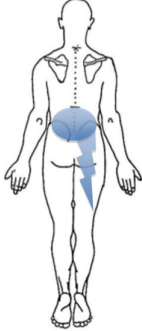
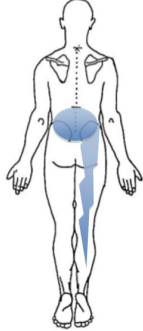
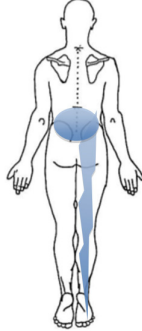
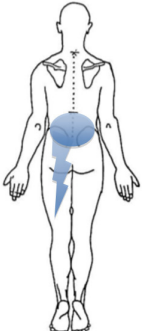
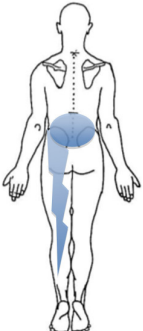
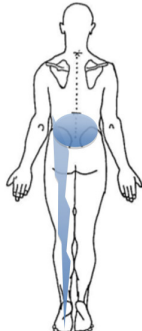
Du har markeret at du har smerter i ét eller begge ben. Hvor er smerten lokaliseret?

På bagsiden af ben /benene

På forsiden af ben/benene

Smerter/symptomer i lænderyggen med udstråling til ben

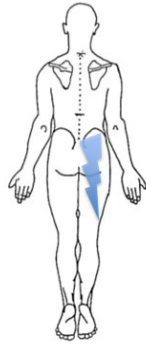
Marker det billede der bedst viser dine nuværende smerter/symptomer. Hvis du har udstråling til begge ben, vælg da et billede for både højre og venstre ben.

Højre ben			
	Lænderygsmærter med udstråling til højre lår	Lænderygsmærter med udstråling til højre læg	Lænderygsmærter med udstråling til højre fod
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venstre ben			
	Lænderygsmærter med udstråling til venstre lår	Lænderygsmærter med udstråling til venstre læg	Lænderygsmærter med udstråling til venstre fod
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

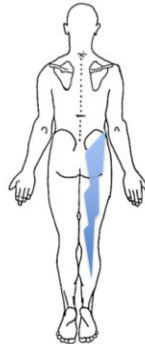
Smerter/symptomer i ét eller begge ben

Marker det billede der bedst viser dine nuværende smerter/symptomer. Hvis du har udstråling til begge ben, vælg da et billede for både højre og venstre ben.

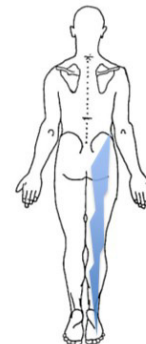
Du skal max vælge ét billede for højre ben og max ét billede for venstre ben.



Smerter til **højre lår**



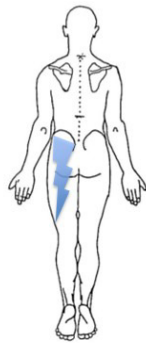
Smerter til **højre læg**



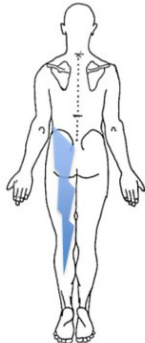
Smerter til **højre fod**



Højre ben



Smerter til **venstre lår**



Smerter til **venstre læg**



Smerter til **venstre fod**

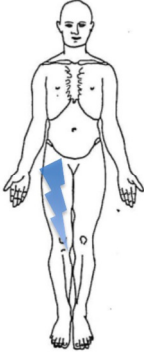



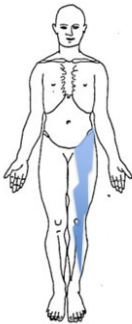
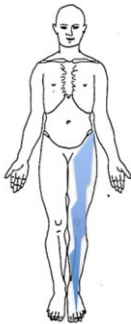


Venstre ben

Smerter/symptomer på forsiden i ét eller begge ben

Marker det billede der bedst viser dine nuværende smerter/symptomer. Hvis du har udstråling til begge ben, vælg da et billede for både højre og venstre ben.

Du skal max vælge ét billede for højre ben og max ét billede for venstre ben.

Højre ben			
	Smerter til forsiden af <u>højre lår</u>	Smerter til forsiden af <u>højre læg</u>	Smerter til forsiden af <u>venstre fod</u>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venstre ben			
	Smerter til forsiden af <u>venstre lår</u>	Smerter til forsiden af <u>venstre læg</u>	Smerter til forsiden af <u>højre fod</u>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Du har markeret, at du både har smerter/symptomer i ryggen og ben/benene.

Først skal du besvare spørgsmål om dine rygsmærter og efterfølgende om dine bensmærter

Dine nuværende smerter/symptomer i ryggen

Hvordan startede dine nuværende rygsmærter?

- Langsomt
- Pludseligt

Hvad udløste dine nuværende rygsmærter?

- Ingen kendt årsag
- Løft (tungt eller let)
- Fremoverbøjning
- En pludselig uventet bevægelse
- Andet _____

Siden denne smerteperiodes begyndelse er dine smerter/symptomer i ryggen generelt blevet...

- Bedre
- Uforandret
- Værre

Dine smerter/symptomer indenfor de sidste 7 dage

Du skal nu angive dine nuværende smerter/symptomer i ryggen på en linje fra 0 til 100, hvor "0" svarer til slet ingen smerter og "100" svarer til værst tænkelige smerte. Du angiver dit smerteniveau ved at flytte med markøren.

Angiv de stærkeste smerter du har oplevet indenfor de sidste 7 dage

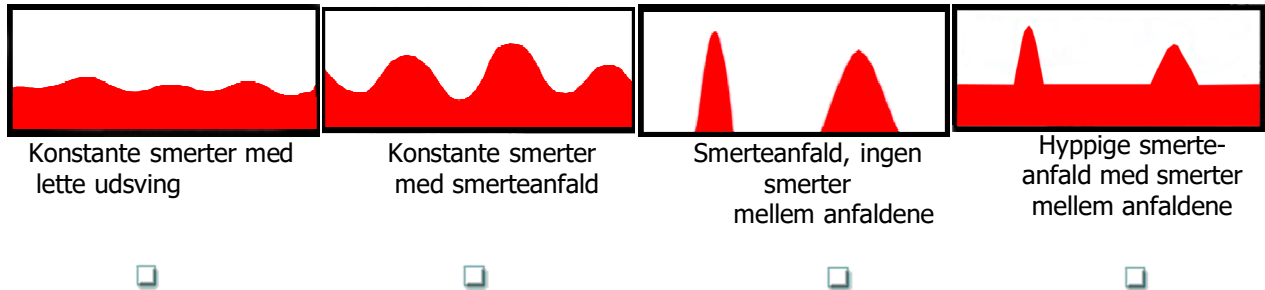
_____ 0 _____ 100

Angiv de svageste smerter du har oplevet indenfor de sidste 7 dage

_____ 0 _____ 100

Dine smerter/symptomer indenfor de sidste 7 dage

Marker det billede, der bedst beskriver forløbet af dine smerter/symptomer i ryggen indenfor de sidste 7 dage



Dine smerter/symptomer indenfor de sidste 7 dage

Hvornår på dagen er dine rygsmerter værst?

- Ingen typisk forskel
- Værst om morgenen
- Værst morgen og aften
- Forværres i løbet af dagen
- Værst om aftenen
- Værst om natten

Hvad kan lindre dine rygsmerter? (*marker gerne flere svarmuligheder*)

- Ingenting
- Smertestillende medicin
- Bevægelse fx gå en tur, ændre kroppsstilling
- At ligge
- At sidde
- Andet _____

Hvad kan forværre dine rygsmerter? (*marker gerne flere svarmuligheder*)

- Ingenting
- Bevægelse fx gå en tur, ændre kroppsstilling
- At ligge
- At sidde
- Andet _____

Varighed af smerter/symptomer i ryggen

Hvor længe har rygsmærter været et problem for dig?

- Mindre end 1 måned
- 1-3 måneder
- 3-6 måneder
- 6-12 måneder
- 1-5 år
- Mere end 5 år

Du skal nu besvare spørgsmål angående dine nuværende smerter/symptomer i ben/benene.

Dine nuværende smerter/symptomer i ben/benene

Hvordan startede dine nuværende bensmærter?

- Langsomt
- Pludseligt

Hvad udløste dine nuværende bensmærter?

- Ingen kendt årsag
- Løft (tungt eller let)
- Fremoverbøjning
- En pludselig uventet bevægelse
- Andet

Siden denne smerteperiodes begyndelse er dine smerter/symptomer i benene generelt blevet...

- Bedre
- Uforandret
- Værre

Dine smerter/symptomer i ben/benene indenfor de sidste 7 dage

Du skal nu angive dine smerter/symptomer i ben/benene på en linje fra 0 til 100, hvor "0" svarer til slet ingen smerter og "100" svarer til værst tænkelige smerte.

Du angiver dit smerteniveau ved at flytte med markøren.

Angiv de *stærkeste smerter* du har oplevet indenfor de sidste 7 dage

0 _____ 100

Angiv de *svageste smerter* du har oplevet indenfor de sidste 7 dage

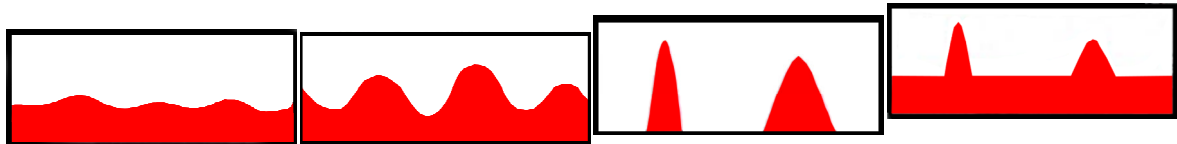
0 _____ 100

Har du oplevet følgende smerter/symptomer i dine ben/fødder?

- Brændende fornemmelser (f.eks som brændenælder)
- Kriblende eller prikkende fornemmelser (f.eks som myrekryb eller elektrisk snurren)
- Nedsat følesans
- Svaghed
- Lammelse

Dine smerter/symptomer i ben/benene indenfor de sidste 7 dage

Marker det billede, der bedst viser hvordan dine smerter/symptomer i ben/benene har set ud indenfor de sidste 7 dage



Konstante smerter med
lette udsving



Konstante smerter
med smerteanfald



Smerteanfald, ingen
smerter
mellem anfaldene



Hyppige smerteanfald med
smerter mellem
anfaldene



Dine smerter/symptomer i ben/benene indenfor de sidste 7 dage

Hvornår på dagen er dine bensmerter værst?

- Ingen typisk forskel
- Værst om morgenen
- Værst morgen og aften
- Forværres i løbet af dagen
- Værst om aftenen
- Værst om natten

Hvad kan lindre dine bensmerter? (marker gerne flere svarmuligheder)

- Ingenting
- Smertestillende medicin
- Bevægelse fx gå en tur, ændre kroppsstilling
- At ligge
- At sidde
- Andet _____

Hvad kan forværre dine bensmerter? (marker gerne flere svarmuligheder)

- Ingenting
- Bevægelse fx gå en tur, ændre kroppsstilling
- At ligge
- At sidde
- Andet _____

Varighed af smerter/symptomer i ben/benene

Hvor længe har bensmerter været et problem for dig?

- Mindre end 1 måned
- 1-3 måneder
- 3-6 måneder
- 6-12 måneder
- 1-5 år
- Mere end 5 år

Smertestillende medicin for dine ryg- og/eller bensmerter

Hvor ofte tager du smertestillende medicin?

- Aldrig
- Flere gange om ugen
- Dagligt

Hvis du tager smertestillende medicin, angiv venligst hvilken?

- Panodil (Paracetamol, Pamol, Panodil)
- NSAID (Ibuprofen, Brufen, Iprex)
- Tramadol (Dolol, Gemadol, Nobligan)
- Gabapentin
- Lyrica
- Klorzoxazon
- Amitriptylin (Saroten, Imipramin)

Smerter/symptomer andre steder

Har du inden for de sidste 7 dage, været generet af smerter/symptomer andre steder end i ryggen og/eller ben/benene?

- Nej
- Ja, hvor: _____

Du skal i det følgende besvare spørgsmål om hvorledes dine smerter/symptomer påvirker din dagligdag

Opretholde kropstilling

Er du i stand til at:

	Uden besvær	Med lidt besvær	Med noget besvær	Med stort besvær	Ude af stand til det
Sidde så længe som nødvendigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ligge så længe som nødvendigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stå så længe som nødvendigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ændre kropstilling

Er du i stand til at:

	Uden besvær	Med lidt besvær	Med noget besvær	Med stort besvær	Ude af stand til det
Komme til og fra siddende stilling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komme til og fra liggende stilling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bøje dig forover og/eller til siderne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Løfte og bære

Er du i stand til at:

	Uden besvær	Med lidt besvær	Med noget besvær	Med stort besvær	Ude af stand til det
Løfte og bære?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trække en tung genstand (på 5 kg) hen til dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skubbe en tung dør op?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Række efter noget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gang og bevægelse

Er du i stand til at:

	Uden besvær	Med lidt besvær	Med noget besvær	Med stort besvær	Ude af stand til det
Gå?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på trapper?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Løbe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færdes i og udenfor eget hjem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brug af transportmidler

Er du i stand til at:

	Uden besvær	Med lidt besvær	Med noget besvær	Med stort besvær	Ude af stand til det
Være passager i en bil eller tage bussen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Køre i bil som chauffør?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cykle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personlig pleje

Er du i stand til at:

	Uden besvær	Med lidt besvær	Med noget besvær	Med stort besvær	Ude af stand til det
Klæde dig af og på?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå i bad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleje din krop fx. børste tænder, rede hår og klippe negle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klare toiletbesøg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indtage et måltid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varetage egen sundhed fx. at indtage varieret kost og dyrke motion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Husligt arbejde

Er du i stand til at:

	Uden besvær	Med lidt besvær	Med noget besvær	Med stort besvær	Ude af stand til det
Lave husligt arbejde, så som at gøre rent og vaske tøj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lave mad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handle ind?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vedligeholde og reparere ting i og udenfor hjemmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjælpe andre med husligt arbejde fx. venner og familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Beskæftigelse

Hvad er din arbejdssituation?

- I arbejde (fuld- eller deltid)
- Fleksjob
- Hjemmegående
- Arbejdsløs
- Under uddannelse
- Under revalidering/i ressourceforløb
- Førtidspensionist
- På efterløn

Er du på nuværende tidspunkt sygemeldt på grund af smerter/symptomer i ryg og/eller ben?

- Nej
- Ja, på fuld tid
- Ja, på deltid

Er du i stand til at:

	Uden besvær	Med lidt besvær	Med noget besvær	Med stort besvær	Ude af stand til det
Søge et nyt job fx. skrive en ansøgning og deltage i et jobinterview?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have andre former for arbejde eller beskæftigelse?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Sociale aktiviteter

Er du i stand til at:

	Uden besvær	Med lidt besvær	Med noget besvær	Med stort besvær	Ude af stand til det
Være engageret i sociale grupper eller fællesskaber fx. være medlem af en klub eller organisation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltage i sociale fritidsaktiviteter fx. lege, idræt, motionsprogrammer, gå i biografen eller rejse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relationer til andre mennesker

Har du i forbindelse med dine smerter/symptomer oplevet problemer med....

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
...din relation til din familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...at være i et parforhold?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dit samspil med andre mennesker fx vise hensyn og respekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Daglige rutiner

Har du i forbindelse med dine smerter/symptomer oplevet problemer med at....

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Overholde tider og planlægge aktiviteter i løbet af dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klare stressede situationer i hverdagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fysiske påvirkninger

Har du i forbindelse med dine smerter/symptomer oplevet problemer med...

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
...at blive hurtig træt, når du laver noget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...at tømme blæren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... holde på afføring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... din seksualfunktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mentale påvirkninger

Har du i forbindelse med dine smerter/symptomer....

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
... oplevet problemer med dit energiniveau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... oplevet problemer med at sove?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... være bekymret, trist eller irriteret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haft problemer med at reagere hensigtsmæssigt i forskellige situationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hjælpemidler

Jeg har...

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
... problemer med at komme omkring inden døre pga. smalle døre, høje dørtrin, trapper, tæpper mm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... behov for hjælpemidler på min arbejdsplads for at klare mit arbejde (her tænkes fx på indstilleligt skrivebord og lignende)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Støtte fra omgivelser

Støtte kan være i form af hjælp og forståelse man får fra sine omgivelser

Jeg oplever...

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
... god støtte fra min nærmeste familie i forhold til mine smerter/ symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...god støtte fra min praktiserende læge i forhold til mine smerter/symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...god støtte fra andet sundhedsfagligt personale i forhold til mine smerter/symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...at få den fornødne hjælp fra de sociale myndigheder i forhold til mine behov (fx sygedagpenge mm.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...tilfredshed med de behandlings- og træningstilbud jeg har modtaget i forhold til mine ryg- og/eller bensmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeg oplever...

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
...at min families holdninger og tilgang til mine smerter/symptomer påvirker mig positivt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...at det sundhedsfaglige personales holdninger og tilgang til mine smerter/symptomer påvirker mig positivt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis der er noget, som vi ikke har spurgt ind til i spørgeskemaet, og som du mener er vigtigt, at det sundhedsfaglige personale er bekendt med omkring dig og dine smerter/symptomer i ryggen og/eller ben/benene, så bedes du skrive det her: