

Soms zeggen patiënten dat ze de volgende symptomen of problemen hebben. Wilt u aangeven in welke mate u deze symptomen of problemen **gedurende de afgelopen week** heeft ervaren? Gelieve het hokje aan te kruisen dat het meest op u van toepassing is.

| Gedurende de afgelopen week: | | Helemaal niet | Een beetje | Nogal | Heel erg |
|-------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| OG-1. | Heeft u problemen gehad bij het eten van vast voedsel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-2. | Heeft u problemen gehad bij het eten van vloeibaar of zacht voedsel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-3. | Heeft u problemen gehad bij het drinken van vloeistoffen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-4. | Heeft u moeite gehad om van uw maaltijden te genieten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-5. | Heeft u het gevoel gehad te snel voldaan te zijn nadat u bent beginnen te eten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-6. | Heeft u veel tijd nodig gehad om uw maaltijd te beëindigen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-7. | Heeft u moeite gehad met eten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-8. | Heeft u zure indigestie of brandend maagzuur gehad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-9. | Heeft u last gehad van zuur of gal in de mond? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-10. | Heeft u last gehad bij het eten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-11. | Heeft u pijn gehad tijdens het eten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-12. | Heeft u pijn gehad in de maagstreek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-13. | Heeft u last gehad in de maagstreek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-14. | Heeft u zitten denken aan uw ziekte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-15. | Heeft u zich zorgen gemaakt over uw toekomstige gezondheidstoestand? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-16. | Heeft u het moeilijk gehad om te eten in het bijzijn van andere mensen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-17. | Had u een droge mond? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-18. | Heeft u problemen gehad met uw smaakzin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-19. | Voelde u zich lichamelijk minder aantrekkelijk ten gevolge van uw ziekte of behandeling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gedurende de afgelopen week:

| | | Helemaal niet | Een beetje | Nogal | Heel erg |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| OG-20. | Had u problemen met het doorslikken van uw speeksel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-21. | Heeft u zich verslikt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-22. | Heeft u gehoest? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-23. | Heeft u moeite gehad met praten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-24. | Heeft u zich zorgen gemaakt dat uw gewicht te laag is? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OG-25. | Deze vraag alleen beantwoorden indien u haaruitval heeft gehad: was u door het verlies van uw haar van streek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |