

Namn:
Personnummer:
Datum:
DLQI - Frågorna avser hur din hud har påverkat dig senaste veckan

1.	Hur mycket har din hud kliat, svidit, bränt och stuckit under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Hur generad eller osäker på Dig själv har du varit på grund av din hud under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Hur mycket har din hud hindrat dig från att gå och handla, sköta ditt hem eller trädgård under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ej tillämpligt <input type="checkbox"/>
4.	Hur mycket har din hud inverkat på din klädsel under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ej tillämpligt <input type="checkbox"/>
5.	Hur mycket har din hud påverkat sociala aktiviteter eller fritidsaktiviteter under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ej tillämpligt <input type="checkbox"/>
6.	Hur mycket har din hud förhindrat dig att utöva sport under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ej tillämpligt <input type="checkbox"/>
7.	Har din hud förhindrat dig att arbeta eller studera under den senaste veckan?	Ja Nej	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ej tillämpligt <input type="checkbox"/>
	Om du har svarat nej på denna fråga, hur mycket har din hud varit ett problem under arbetet eller studierna ?	En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Hur mycket problem har din hud förorsakat dig i relationen med din partner eller någon av dina nära vänner eller släktingar under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ej tillämpligt <input type="checkbox"/>
9.	Hur mycket sexuella svårigheter eller problem har din hud orsakat under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ej tillämpligt <input type="checkbox"/>
10.	Hur mycket problem har behandlingen av din hud givit, till exempel genom att stöka till hemma eller ta upp tid under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ej tillämpligt <input type="checkbox"/>