

Vragenlijst Slaapcentrum

Streekziekenhuis
Koningin
Beatrix



Graag uw persoonlijke gegevens invullen:

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Telefoonnummer waarop u overdag bereikbaar bent:

Geachte heer/ mevrouw,

Uw specialist of huisarts heeft u aangemeld bij het slaapcentrum. Om een goed beeld te krijgen van uw klachten, verzoeken wij u onderstaande vragen te beantwoorden. Nadat u de vragenlijst heeft opgestuurd in de bijgevoegde envelop, wordt u thuis gebeld om verdere afspraken te maken.

Hartelijk dank, medewerkers Slaapcentrum

Wilt u achter onderstaande vragen het getal invullen, dat het beste bij u past.

- 0 = ik zou nooit indutten
- 1 = ik zou af en toe indutten
- 2 = ik zou vrij vaak indutten
- 3 = ik zou altijd indutten

Situatie

Kans op indutten score 0-3

- | | |
|--|-------|
| 1. Tijdens zitten of lezen | |
| 2. Bij televisie kijken | |
| 3. Buitenshuis tijdens vergadering, bioscoop of cafébezoek | |
| 4. Tijdens een één uur durende autorit als rijder | |
| 5. Rustig liggend, wanneer de omstandigheden slapen toestaan | |
| 6. Tijdens bezoek of een gesprek met iemand | |
| 7. In aansluiting op een warme maaltijd | |
| 8. In de auto tijdens wachten (voor een stoplicht of file) | |

Totaal.....

Lengte:

Gewicht:

De onderstaande lijn is ontworpen om de ernst van het snurken vast te leggen. Indien mogelijk, wilt u dan uw partner vragen om op de onderstaande lijn door middel van een kruis de ernst van het snurken aan te geven.

Absoluut niet

Oorverdovend



Vragenlijst Slaapcentrum

Vragenlijst slaapcentrum

Onderstaande vragen gaan over hoe u zich overdag voelt en hoe u slaapt. Wilt u invullen wat voor u van toepassing is. Indien u bepaalde situaties de laatste tijd niet heeft meegemaakt, probeert u zich dan in te denken hoe u zich zou voelen.

	Nooit	Zelden	Vaak	Zeer vaak
Bent u slaperig gedurende de hele dag?				
Doezelt u vaak gedurende de dag?				
Heeft u concentratieproblemen gedurende de dag?				
Bent u minder productief dan voorheen?				
Snurkt u hard of zeggen anderen dat?				
Heeft uw partner ademstops opgemerkt gedurende uw slaap?				
Wordt u 's ochtends wakker met hoofdpijn?				
Staat u vermoeid of duizelig op in de ochtend?				
Valt u tijdens het TV kijken, lezen of werk overdag in slaap?				
Heeft u inslaapproblemen?				
Wordt u in de nacht wakker?				
Wordt u in de ochtend eerder wakker, of komt u niet meer in slaap?				
Slaapt u onrustig of is uw bed in de ochtend verformfaaid?				

Hieronder volgt een aantal vragen naar lichamelijke en geestelijke klachten of ziekten

- | | | | |
|---|----|-----|-------|
| 1. Heeft u een hoge bloeddruk? | Ja | nee | |
| 2. Heeft u last van zuurbranden? | Ja | nee | |
| 3. Bent u wel eens kortademig? | Ja | nee | |
| 4. Heeft u last van overmatig transpireren? | Ja | nee | |
| 5. Heeft u pijnlijke gewrichten? | Ja | nee | |
| 6. Heeft u een onregelmatige hartslag of hartkloppingen? | Ja | nee | |
| 7. Drinkt u alcohol voor het slapen gaan? | Ja | nee | |
| 8. Rookt u? Zo ja, hoeveel rookt u per dag? | Ja | nee | |
| 9. Bent u de laatste tijd snel boos of geïrriteerd? | Ja | nee | |
| 10. Heeft u voldoende energie om activiteiten te ondernemen? | Ja | nee | |
| 11. Heeft u een kriebel of een vervelend gevoel in uw benen of armen? | Ja | nee | |
| 12. Heeft u veel heftige (en angstige)dromen? | Ja | nee | |
| 13. Schrikt 's nachts wakker met het gevoel dat u stikt? | Ja | nee | |
| 14. Heeft u dwang om met uw benen te bewegen? | Ja | nee | |
| 15. Heeft u regelmatig last van bedplassen? | Ja | nee | |
| 16. Heeft u een kunstgebit? | Ja | nee | |
| Zo ja, bovenprothese / onderprothese / beide | | | |
| 17. Gebruikt u medicijnen? | Ja | nee | |
| Zo ja welke,..... | | | |
| | | | |
| 18. Bent u bekend bij artsen in een ziekenhuis? | Ja | nee | |
| Zo ja welke en waarvoor, | | | |
| | | | |

Hieronder volgen een aantal vragen die over uw thuissituatie gaan

- | | | | |
|---|----|-----|-----|
| 1. Maakt u zich zorgen over werksituatie of privéleven? | | | |
| 2. Heeft u zich het laatste jaar vaker (dan 3x) ziek gemeld op uw werk? | Ja | nee | nvt |
| 3. Wat is uw beroep? | | | |
| 4. Bent u in het afgelopen jaar in een buitenlandse Zorginstelling opgenomen geweest? | Ja | nee | |
| 5. Werkt of woont u op een bedrijf met varkens, vleeskalveren of vleeskuikens? | Ja | nee | |
| 6. Bent u MRSA positief? | Ja | nee | |
| 7. Bent u BRMO positief? | Ja | nee | |
| 8. Bent u geadopteerd uit het buitenland en voor het eerst in het ziekenhuis? | Ja | nee | |
| 9. Heeft u de afgelopen 2 maanden iemand verzorgd, die MRSA of BRMO positief is? | Ja | nee | |
| 10. Verbleef u de afgelopen 2 maanden in een AZC? | Ja | nee | |

Vragenlijst Slaapcentrum

Slaapkalender.

Noteer gedurende 7 dagen alle slaapmomenten gedurende het gehele etmaal, inclusief tussendoorslaapjes. Maak in de balk de slaaptijd donker. Maak het vakje gedeeltelijk zwart bij korte slaap van 15 minuten of 30 minuten. Elke balk begint 20.00 uur.

Het beste kunt u 's morgens direct op het formulier aangegeven hoe u de afgelopen nacht geslapen hebt.

Datum:

20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Datum:

20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Datum:

20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Datum:

20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Datum:

20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Datum:

20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Datum:

20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

**Heeft u uw gegevens aan het begin van de vragenlijst ingevuld??
Vergeet niet de vragenlijst op te sturen in de bijgevoegde envelop.**