

Personalia

Naam: Geslacht man/vrouw

Meisjesnaam:.....

Voorletters:.....

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoon privé: Telefoon mobiel:

Geboortedatum:BSN nummer

E-mail patiënt:

Lengte:.....Gewicht:.....BMI:.....

Verzekering: Inschrijfnummer: Uzovi:.....

S.v.p het voorblad van uw polis meenemen tijdens uw eerste bezoek aan de kliniek.

Naam huisarts:

Praktijkadres huisarts:

Vestigingsplaats huisarts:

Naam tandarts:

Praktijkadres tandarts:

Vestigingsplaats tandarts:

Door wie bent u doorverwezen:

Geneesmiddelenlijst

Geneesmiddel

dosering

Slaaptest

De bedoeling van deze vragen lijst is te meten hoe slaperig u overdag bent. De vragen betreffen het gemiddelde leven van de laatste tijd. Ook als u een aantal van deze dingen de laatste tijd niet heeft gedaan, probeert u dan in te denken wat het juiste antwoord zou moeten zijn als u ze wel zou hebben gedaan.

Hoe waarschijnlijk is het dat u doezelt of inslaapt tijdens de volgende situaties: (Beantwoord de vragen met 0 = dit zal nooit gebeuren, 1 = geringe kans dat dit gebeurt, 2 = behoorlijke kans dat dit gebeurt, 3 = grote kans dat dit gebeurt)

Zitten en lezen.....

Televisie kijken.....

Zittend in een publieke ruimte (theater, vergadering etc.).....

Als passagier in een auto tijdens een autorit van langer dan een uur.....

Gaan liggen in de middag om te rusten.....

Zittend en pratend met iemand.....

Rustig zittend na een lunch (zonder alcohol).....

In een auto terwijl u staat te wachten voor een rood stoplicht.....

Totaal score.....

Vragenlijst bedpartner

Om een zo goed mogelijk inzicht te krijgen in de snurk- en apneuproblemen van de patiënt, vragen wij de bedpartner onderstaande vragenlijst in te vullen.

Hoe vaak kunt u uw partner slapend observeren?

- ┆ Nooit
- ┆ Één of twee maal per week
- ┆ Vaak
- ┆ (bijna) iedere nacht

Valt uw partner overdag wel eens in slaap of veroorzaakte uw partner wel eens een gevaarlijke situatie door in slaap te vallen?

- ┆ Nee
- ┆ Ja, nl.....

Wat merkte u bij uw partner terwijl hij/zij sliep?

- ┆ Licht snurken
- ┆ Zwaar snurken
- ┆ Met hevige schokken wakker worden na een tijdelijke ademstilstand
- ┆ Wakker worden met pijn
- ┆ Arm/been bewegen tijdens slaap
- ┆ Schoppen met benen
- ┆ Tijdelijk stoppen met ademen
- ┆ Ieder 10-20 seconden been bewegen
- ┆ Onrustige slaap, veel bewegen
- ┆ Tandknarsen
- ┆ Slaapwandelen
- ┆ Bedplassen
- ┆ Andere vreemde gedragingen, nl.....



Alle onderstaande vragen kunt u met ja of nee beantwoorden, begint u met de vetgedrukte vragen, als u een vetgedrukte vraag met ja beantwoordt, beantwoord dan ook de daar onderstaande vragen. Als u een vetgedrukte vraag met nee beantwoordt, hoeft u de bijbehorende vragen niet te beantwoorden

	Ja	nee		Ja	nee		Ja	nee
1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				17. Hebt u een leverziekte? Zo ja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				langer dan 6 maanden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nemen de klachten de laatste tijd toe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				Hebt u daarvoor dieet of medicijnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hebt u ook klachten in rust?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				18. Hebt u een chronische nierziekte waarvoor u dieet gebruikt? Zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hebt u ondanks bypass, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				Hebt u nierfunctie vervangende behandeling?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hebt u een hartinfarct gehad? Zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				19. Bent u door chronische maagdarmklachten meer dan 5 kg vermagerd? Zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hebben zich daarna complicaties voorgedaan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				Hebt u langer dan 6 maanden diarree	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ondervindt u nog steeds klachten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				20. Hebt u bloedarmoede met klachten (moe, duizelig)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hebt u in de laatste 6 maanden een Hartinfarct gehad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				21. Hebt u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte? Zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hebt u een hartgeruis of hartklepgebrek? Hebt u een kunstheup of een kunsthartklep? Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				Welke?.....		
Hebt u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				Hebt u koorts in aanvallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hebt u klachten ten gevolge van het Hartklepgebrek?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				22. Is bij u een bloedingneiging vastgesteld? Zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? Zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of Ingrepen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moet u tijdens deze aanvallen rusten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wordt u bleek, duizelig of kortademig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				23. Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals? Zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens deze aanvallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				Was dit minder dan 5 jaar geleden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Hebt u last van hartzwakte? Zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				24. Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hebt u 's-avonds gezwollen voeten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				welke?		
Moet u 's-nachts meer dan 2 x urineren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				25. gebruikt u op dit moment medicijnen? Zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Slaapt u met meer dan 2 kussens omdat u Anders kortademig wordt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> voor het hart?		
Wordt u 's-Nachts kortademig wakker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> Loopt u bij de trombosedienst?		
6. Hebt u last van hyperventileren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> Tegen hoge bloeddruk?		
7. Bent u ooit flauwgefallen bij tandheelkundige of medische behandeling?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> Aspirine of andere pijnstillers?		
8. Hebt u een hoge bloeddruk? Zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> Voor suikerziekte?		
is uw bloeddruk meestal tussen 160 en 200?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> Prednison, corticosteroiden, of andere Afweermiddelen?		
Is uw bloeddruk meestal tussen 95 en 115?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> Medicijnen tegen kanker of bloedziekten?		
Is uw bovendruk meestal 200 of hoger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> Penicilline of antibiotica?		
Is uw onderdruk meestal 115 of hoger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> Kalmerende middelen, slaaptabletten, Antidepressiva, verdovende middelen?		
						<input type="radio"/> Andere medicijnen?		
			9. Hebt u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad? Zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Hebt u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Hebt u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			10. Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie? zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Wisselt u regelmatig van medicijnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Hebt u ondanks uw medicijnen regelmatig Aanvallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			11. Hebt u astma? Zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Hebt u daar last van?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			12. Hebt u slechte longen? Zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Hoest u meer dan een kopje slijm per dag op?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Bent u kortademig bij het aankleden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			13. Hebt u hooikoorts? Hebt u ooit een allergische reactie gehad na Gebruik van geneesmiddelen of medische materialen (jodium, Rubber, pleisters)? Zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Gebruikt u voor uw allergie medicijnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Waarvoor bent u allergische?					
			14. Hebt u suikerziekte? Zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Gebruikt u insuline?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Bent u vaak ontregeld (hypo/hyperglycaemie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Wordt u behandeld voor complicaties aan hart					
			En vaten tengevolge van suikerziekte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			15. Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld? Zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Hebt u ondanks behandeling klachten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			16. Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld? Zo ja,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Hebt u ondanks behandeling klachten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

