

Datum: \_\_\_\_\_

Geachte heer/mevrouw,

U krijgt deze vragenlijst omdat u gebeld heeft met de polikliniek KNO. Wilt u deze vragenlijst invullen? U kunt de vragenlijst naar ons terugsturen met de retourenvelop die bij deze brief zit.

U ontvangt een bevestiging als wij uw vragenlijst hebben ontvangen. Daarna krijgt u een brief met afspraken en informatie thuisgestuurd.

Als u nog vragen heeft, dan kunt u telefonisch contact opnemen met polikliniek Longgeneeskunde:

**T** 010 297 53 60

Met vriendelijke groet,

Slaap Apneu Centrum, Ikazia Ziekenhuis

## Notitieruimte voor zorgverlener

## Afspraak

Op welke dag zou u op afspraak willen komen? We proberen zoveel mogelijk rekening te houden met uw voorkeur. Soms kunnen we op de dag van uw voorkeur geen afspraak maken.

### Maandag / Dinsdag / Woensdag / Donderdag / Vrijdag

(zet een cirkel om de dag waarop u naar het ziekenhuis wil komen)

Op welke data kunt u absoluut niet komen? (omdat u bijvoorbeeld op vakantie bent)

---

## Persoonlijke gegevens

Voornamen en achternaam: \_\_\_\_\_

Geslacht:     Man    Vrouw

Geboortedatum: \_\_ - \_\_ - \_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_      Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Door wie bent u verwezen?

Huisarts     Specialist, zijn/haar naam is: \_\_\_\_\_

Lengte:        \_\_\_\_\_ cm

Gewicht:      \_\_\_\_\_ kg

## Verwijzing

U bent door uw huisarts of uw specialist naar het Slaap Apneu Centrum doorverwezen.

Waarvoor bent u doorverwezen? (bijvoorbeeld snurken, moe zijn)

---

---

## Voorgeschiedenis

Bent u het afgelopen jaar opgenomen geweest in:

- Een ander ziekenhuis (niet Ikazia Ziekenhuis)? Ja / Nee
- Een ziekenhuis in het buitenland? Ja / Nee

Heeft u allergieën? Ja / Nee

Zo ja, welke allergieën heeft u? \_\_\_\_\_

Bent u ooit behandeld of nu onder behandeling voor onderstaande ziekten?

Ziekte	Ja	Nee	In welk jaar?	Bijzonderheden
Suikerziekte (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	
Hartziekte of hartoperatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	
Beroerte/hersenbloeding/TIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	
Etalagebenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	
Longziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	
Trombosebeen of longembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	
Nierziekte(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	
Maag- en/of darmziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	
Leverziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	
Galstenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	
Schildklierziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	
Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	
Seksuele dysfunctie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	
Narcolepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	
Reflux (maagzuur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	
Ik ben behandeld voor een ziekte en/of pijnklacht die niet hierboven beschreven staat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	

Bent u eerder geopereerd? Zo ja, vul dan onderstaande tabel in:

Reden van operatie	Jaar
	-----
	-----
	-----
	-----

## Medicatie

Gebruikt u geneesmiddelen?

Nee

Ja (schrijf dan alstublieft hieronder op welke medicijnen u gebruikt. Graag alles opschrijven, dus ook pijnstillers, bloedverdunners, anticonceptie (de pil), zalven en drankjes)

<i>Naam medicijnen</i>	<i>Sterkte (in mg)</i>	<i>Hoe vaak per dag</i>	<i>Sinds (jaar)</i>	<i>Bijzonderheden</i>

## Slaapgewoontes

Omcirkel het antwoord dat bij u past:

Slaapt u alleen?

Ja / Nee

Met wie heeft u deze vragenlijst ingevuld?

Alleen / Met slaappartner

<b>Geef hieronder aan hoe groot de kans is dat u in slaap valt in de volgende situaties:</b>				
<i>Situatie</i>				
Zitten of lezen	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
Televisie kijken	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
Buitenshuis, tijdens bijvoorbeeld een vergadering, bioscoop of cafébezoek	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
Een uur lang zonder onderbreking als passagier in een auto zitten	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
Rustig liggen in een omgeving waarin u zou kunnen slapen	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
Een bezoek of gesprek met iemand	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
Rustig op het gemak zitten, na een lunch zonder alcohol	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
In de auto, als bestuurder, enkele minuten stilstaan in het verkeer (stoplicht of file)	Nooit	Soms	Vaak	Altijd

\_\_\_\_\_ +

Vul de antwoorden samen met uw slaappartner in (als u een slaappartner heeft)

**1) Snurkt u?**

Nooit Soms Vaak Altijd

**2) Snurkt u in zijligging?**

Ja/ Nee

**3) Snurkt u in rugligging?**

Ja/ Nee

**4) Heeft uw omgeving zoveel last van het snurken dat het voor problemen zorgt?**

Ja/ Nee

**5) Stopt uw ademhaling 's nachts?**

Nooit Soms Vaak Altijd

**6) Schrikt u 's nachts wakker?**

Ja/ Nee

Zo ja, hoe vaak? \_\_\_\_ keer per nacht

**7) Hoe laat gaat u meestal (doordeweeks) naar bed?**

\_\_\_\_\_ uur

**8) Hoe laat valt u meestal (doordeweeks) in slaap?**

\_\_\_\_\_ uur

**9) Hoe laat wordt u meestal (doordeweeks) wakker?**

\_\_\_\_\_ uur

**10) Wordt u uitgerust wakker?**

Nooit Soms Vaak Altijd

**11) Bent u overdag slaperig?**

Ja/ Nee

Zo ja, in welke situaties? \_\_\_\_\_

**12) Rijdt u zelf auto?**

Ja/ Nee

**13) Heeft u bij het wakker worden hoofdpijn?**

Nooit Soms Vaak Altijd

**14) Slaapt u onrustig?**

Nooit Soms Vaak Altijd

**15) Heeft 's nachts rusteloze benen?**

Nooit Soms Vaak Altijd

**16) Beweegt u 's nachts onrustig met uw benen volgens uw partner?**

Nooit Soms Vaak Altijd

**17) Heeft u moeite met in slaap vallen?**

Nooit Soms Vaak Altijd

**18) Heeft u moeite met doorslapen?**

Nooit Soms Vaak Altijd

**19) Heeft u regelmatige bedtijden?**

Nooit Soms Vaak Altijd

**20) Werkt u nachtdiensten?**

Nooit Soms Vaak Altijd

**21) Heeft u nachtmerries?**

Nooit Soms Vaak Altijd

**22) Heeft u stress?**

Nooit Soms Vaak Altijd

### 23) Bent u neerslachtig?

Nooit Soms Vaak Altijd

### 24) Slaapt u met een beetje/beugel in uw mond?

Ja/ Nee

### Zo ja, waar gebruikt u het beetje/ de beugel voor?

Knarsetanden/ Slaapapneu/ Snurken/ Recht zetten gebit

### 25) Heeft u hulp nodig in uw dagelijkse routine?

Ja/ Nee

Zo ja, in welke situaties heeft u hulp nodig? (bijvoorbeeld bij de toiletgang, aankleden, etc.)

---

## Consumptie

Hoeveel drinkt u *per dag* van de volgende dranken?

- |                |              |                                     |           |
|----------------|--------------|-------------------------------------|-----------|
| • Koffie       | ..... kopjes | Tijdstip laatste kopje koffie:      | ..... uur |
| • Cola         | ..... glazen | Tijdstip laatste glas cola:         | ..... uur |
| • Energiedrank | ..... glazen | Tijdstip laatste glas energiedrank: | ..... uur |
| • Alcohol      | ..... glazen | Tijdstip laatste glas alcohol:      | ..... uur |

Gebruikt u drugs? Ja / Nee

Rookt u nu? Ja / Nee

Hoeveel sigaretten rookt u per dag? \_\_\_\_\_ sigaretten

Heeft u vroeger gerookt? Ja / Nee

Vanaf welke leeftijd? \_\_\_\_\_ jaar

Hoeveel sigaretten rookte u toen per dag? \_\_\_\_\_ sigaretten

Wanneer bent u gestopt met roken? \_\_\_\_\_ jaar geleden

## Afsluiting

Heeft u verder nog opmerkingen? Zijn er nog dingen die wij van u moeten weten?

---