

Snurkvragenlijst

Vul hier uw patiëntnummer in. Heeft u nog geen patiëntnummer, vul dan uw geboortjaar en postcode in volgens het volgende schema: 19661234AB

Ik heb een afspraak op de snurk-/slaap apneupoli op:

Snurkt u 's nachts?

- Nee
- Een beetje
- Hard
- Erg hard

Sinds hoeveel jaar snurkt u?

- Onbekend

jaar

Hoeveel jaar geleden is het snurken sterk toegenomen?

- Onbekend

jaar

Is u een oorzaak bekend waarom het snurken toegenomen zou kunnen zijn?

- Nee

Ja, namelijk:

Kunt u goed door uw neus ademen?

- Ja
- Nee
- Matig

Slaapt u met uw mond open?

- Ja
- Nee
- Onbekend

In welke houding in bed snurkt u?

- Alleen als ik op mijn rug lig
- Als ik op mijn zij lig
- Zowel in rugligging als in zij ligging
- Weet ik niet

Slaapt u of uw partner elders wegens het snurken?

- Nee
- Soms
- Altijd

Geeft het snurken overlast?

- Nee
- Een beetje
- Ja

Stopt de ademhaling `s nachts?

- Nee
- Soms
- Altijd

Schrikt u `s nachts wakker?

- Nee
- Af en toe
- Vaak

Slaapt u `s nachts onrustig?

- Nee
- Soms
- Vaak

Wordt u `s nachts klam / zwetend wakker?

Nee

Soms

Vaak

Heeft u `s nachts last van hartkloppingen?

Nee

Soms

Vaak

Moet u `s nachts vaak het bed uit om te plassen?

Nee

Soms

Vaak

Heeft u last van hoofdpijn als u `s morgens wakker wordt?

Nee

Soms

Vaak

Valt u overdag gemakkelijk in slaap?

Nee

Soms

Vaak

Sinds hoeveel jaar valt u gemakkelijk in slaap?

Sinds jaar

Bent u over het algemeen overdag moe ?

Nee

Een beetje moe

Erg moe

Bent u de afgelopen 5 jaar betrokken geweest bij een auto ongeluk?

Nee

Ja

Had dit ongeluk te maken met slaperigheid?

Nee

Ja

Heeft u last van hoofdpijn 's nachts?

Nee

Soms

Vaak

Heeft u last van hoofdpijn overdag?

Nee

Soms

Vaak

Wordt u 's morgens wakker met een droge mond?

Nee

Soms

Vaak

Hoe is over het algemeen uw stemming overdag?

Goed

Wisselend

Depressief

Overig:

Heeft u problemen met uw geheugen?

Nee

Soms

Vaak

Behandelingen

Welke maatregelen heeft u genomen om het snurken te verminderen en wat was het effect?

Welke maatregelen heeft u genomen om de slaperigheid te verminderen en wat was het effect?

Welke maatregelen heeft u genomen om uw moeheid te verminderen en wat was het effect?

Gebruikt u slaapmiddelen?

Nee

Ja

Welke?

Drinkt u alcohol?

Nee

Minder dan 7 glazen per week

Tussen 7 en 21 glazen per week

Tussen 22 en 35 glazen per week

Meer dan 35 glazen per week

Medische voorgeschiedenis

Bent u geopereerd aan neus of keel?

Nee

Ja (Meerdere mogelijkheden)

Amandelen zijn verwijderd

Neus tussenschot is recht gezet

Overig:

Heeft u iets aan de schildklier gehad?

Nee

Ja

Is de bloeddruk bij u te hoog?

Nee

Weet ik niet

Ja

Rookt u?

Nee

Minder dan 20 sigaretten of sigaren per week

20 tot 40 sigaretten of sigaren per week

meer dan 40 sigaretten of sigaren per week

Heeft u problemen met uw longen?

Nee

Af en toe

Ja

Wat is de oorzaak van uw longproblemen?

Heeft u problemen met uw hart?

Nee

Af en toe

Ja

Wat is de oorzaak van uw hartproblemen?

Bent u vroeger ernstig ziek geweest?

Nee

Ja:

Bent u ooit geopereerd?

Nee

Ja:

Is bij u sprake van een allergie of overgevoeligheid?

Nee

Ja, nl:

Heeft u maagklachten of zuurbranden?

Nee

Ja, en ik gebruik daarvoor de volgende medicijnen:

Geneesmiddelengebruik

Welke geneesmiddelen gebruikt u?

Geen

De volgende geneesmiddelen:

Slaapklachten, die meer dan een half jaar aanwezig zijn. Geef aan in hoeverre u problemen hebt.

| | Geen | Nauwelijks | Beetje | Regelmatig | Veel |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Moeite met inslapen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Moeite met doorslapen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Moeite met wakker worden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Overdag makkelijk in slaap vallen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Onrustige benen (Restless legs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Hevig snurken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. 's Nachts stopt de ademhaling vaak kortdurend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. 's Nachts malen allerlei gedachten door het hoofd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Moehaid overdag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ik sta onder controle van de trombosedienst:

Ja Nee

Geslacht:

Vrouw Man

Geboorte datum (d-m-jjjj):

Mijn lengte (in centimeters):

cm

Mijn gewicht (in kilogrammen):

kg

Wat is uw beroep?

Ik doe onregelmatig werk (avond- en/of nachtdiensten)

Ja
 Nee
 Soms