

Ouderengeneeskunde

Vragenlijst val- en balanspoli

Contactgegevens Alrijne Ziekenhuis

Alrijne Ziekenhuis Leiden Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp
Houtlaan 55 Simon Smitweg 1
2334 CK Leiden 2353 GA Leiderdorp
071 517 8178 071 582 8282

Alrijne Ziekenhuis Alphen aan den Rijn
Meteoorlaan 4
2402 WC Alphen aan den Rijn
0172 467 467

www.alrijne.nl

We verzoeken u vriendelijk om deze vragenlijst in te vullen, eventueel samen met een naaste. Neem de vragenlijst weer mee als u naar de val- en balanspoli in Alrijne Ziekenhuis komt. Let op dat u naar de juiste locatie gaat (Leiden of Alphen aan den Rijn). Uw locatie staat aangegeven op de folder die u heeft meegekregen.

Contactpersoon

Vul hier de gegevens van uw contactpersoon in.

Naam	
Relatie tot patiënt	
Telefoonnummer(s)	

Medicatie

Naam apotheek	
Plaats apotheek	
Telefoonnummer	

Medicatieoverzicht

Vraag aan uw (huis)apotheek een uitdraai van het actuele medicatieoverzicht. Neem deze medicatie uitdraai mee naar de val- en balanspoli. Neem ook de daadwerkelijke medicatie mee, bijvoorbeeld in de vorm van de originele doosjes of de baxterrol.

Gebruikt u middelen die u ergens anders dan bij uw apotheek haalt? Bijvoorbeeld vitamines, paracetamol, zalfjes, homeopathische middelen, etc?

- Nee
- Ja, namelijk

.....
.....

Bent u ergens allergisch voor?

- Nee
- Ja, namelijk voor

.....
.....

Bijna vallen

1. Hoe vaak bent u in het laatste jaar (bijna) gevallen (één antwoord mogelijk):

- Elke dag
- 1-3 keer per week
- 4-6 keer per week
- 1-4 keer per maand
- 2-4 keer per half jaar
- 1 keer per half jaar

2. Zijn er momenten van de dag aan te wijzen waarop u vaker (bijna) valt?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Nee
- Ja, namelijk:
 - 's morgens
 - 's nachts
 - 's middags
 - 's avonds
 - Na maaltijden
 - Na opstaan uit stoel of bed

3. Waar valt u meestal?

- Buitenshuis
- Binnenshuis, namelijk in de:
 - Badkamer
 - Slaapkamer
 - Toilet
 - Overig:

4. Welke kenmerken zijn van toepassing als u (bijna) valt?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Ik struikel en val
- Ik voel de val niet aankomen
- Ik word duizelig en val
- Ik weet achteraf niet hoe ik gevallen ben
- Het wordt zwart voor mijn ogen voor ik val
- Ik kan na een val niet of met grote moeite zelfstandig omhoog komen.

5. Welke kenmerken zijn van toepassing als u loopt?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Als ik loop gebruik ik een hulpmiddel (stok, rollator, looprekje etc.)
- Als ik thuis loop, houd ik mij goed vast aan meubels, leuning e.d.
- Ik heb moeite met de stoep op en af gaan
- Ik heb moeite met in of uit bed komen
- Ik heb moeite met traplopen
- Ik heb moeite met het aantrekken van mijn sokken of kousen
- Ik had/heb moeite met lopen
- Ik had/heb een goed evenwicht
- Ik had/heb pijn aan mijn voeten of benen
- Ik had/heb minder gevoel in mijn voeten of benen
- Ik had/heb minder kracht in één of beide benen
- Ik heb/heb klachten van stijfheid van de gewrichten

6. Welke maximale afstand kunt u lopen (eventueel met hulpmiddel)?

- Meer dan 1000 meter.
- Buitenshuis alleen een blokje om.
Dit is sinds
- Alleen binnenshuis kleine stukjes.
Dit is sinds
- Alleen stukjes van bed naar een stoel.
Dit is sinds

7. Hoe lang kunt u achter elkaar (zonder pauze) lopen? minuten

8. Was u al bang om te vallen, vóór de eerste val?

Kruis het hokje aan dat op u van toepassing is.

Niet bang	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Heel bang
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

9. Bent u nu bang om te vallen?

Kruis het hokje aan dat op u van toepassing is.

Niet bang	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Heel bang
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

10. Algemene dagelijkse levensactiviteiten

Omcirkel wat van toepassing is.

Heeft u hulp nodig bij het baden of douchen?	Ja / Nee
Heeft u hulp nodig bij het aankleden?	Ja / Nee
Heeft u hulp nodig bij naar het toilet gaan?	Ja / Nee
Maakt u gebruik van incontinentiemateriaal?	Ja / Nee
Heeft u hulp nodig bij het verplaatsen van bed naar stoel?	Ja / Nee
Heeft u hulp nodig bij het eten?	Ja / Nee

11. Instrumentele activiteiten van het dagelijks leven

Omcirkel wat van toepassing is.

Kunt u zelf telefoneren?	Zelfstandig / Met een beetje hulp / Nee
Kunt u zelf komen waar u wilt?	Zelfstandig / Met een beetje hulp / Nee
Kunt u zelf boodschappen doen?	Zelfstandig / Met een beetje hulp / Nee
Kunt u zelf een warme maaltijd maken?	Zelfstandig / Met een beetje hulp / Nee
Kunt u zelf huishoudelijk werk doen?	Zelfstandig / Met een beetje hulp / Nee
Kunt u zelf uw medicijnen innemen?	Zelfstandig / Met een beetje hulp / Nee
Kunt u zelf uw geldzaken beheren?	Zelfstandig / Met een beetje hulp / Nee

12. Acute verwardheid

Omcirkel wat van toepassing is.

Heeft u geheugenproblemen?	Ja / Soms / Nee
Heeft u de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij voor u zelf zorgen?	Ja / Soms / Nee
Bent u tijdens een eerdere (ziekenhuis)opname of ziekte in de war geweest?	Ja / Soms / Nee

13. Stemming

Omcirkel wat van toepassing is.

Heeft u zich de afgelopen weken somber gevoeld?	Ja / Soms / Nee
Had u de afgelopen weken nergens meer zin in?	Ja / Soms / Nee
Zou u zichzelf depressief noemen?	Ja / Soms / Nee
Voelt u zich eenzaam?	Ja / Soms / Nee

14. Waarneming

Omcirkel wat van toepassing is.

- | | |
|---|----------|
| Kunt u goed horen? | Ja / Nee |
| Draagt u een gehoorapparaat? | Ja / Nee |
| Kunt u goed zien? | Ja / Nee |
| Draagt u een bril of contactlenzen? | Ja / Nee |
| Heeft u problemen bij het begrijpen van taal? | Ja / Nee |
| Heeft u problemen bij het praten? | Ja / Nee |

15. Voeding

A. Bent u de afgelopen 3 maanden minder gaan eten als gevolg van verminderde eetlust, spijsverteringsproblemen, problemen bij het kauwen en/of slikken?

- Sterk verminderde eetlust
- Matige verminderde eetlust
- Geen verminderde eetlust

B. Bent u afgevallen gedurende de afgelopen 3 maanden?

- Meer dan 3 kg
- Weet ik niet
- Tussen de 1 en 3 kg
- Niet afgevallen

C. Hoe mobiel bent u?

- Aan bed of stoel gebonden
- In staat zelf uit bed of stoel te komen, maar ik ga niet naar buiten
- Ik ga zelfstandig naar buiten

D. Heeft U in de afgelopen 3 maanden last gehad van psychische stress of een ernstige ziekte

- Ja
- Nee

Heeft u de afgelopen maand drink- of sondevoeding gebruikt?

- Nee
- Ja

Hoeveel maaltijden gebruikt u per dag?.....

Gebruikt u alcohol?

- Nee
- Ja, glazen per dag/per week* (*omcirkel wat van toepassing is)

Rookt u?

- Nee
- Ja, stuks per dag/per week*

16. Botontkalking

Heeft u wel eens iets gebroken na uw 50ste levensjaar?

- Nee
- Ja
Indien ja, wat heeft u gebroken?

.....

Heeft u één of meerdere ingezakte ruggenwervels?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Heeft één van uw ouders ooit een heup gebroken?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Weegt u minder dan 60 kilo (vrouw) of minder dan 67 kilo (man)?

- Ja
- Nee

Gebruikt u een loophulpmiddel en/of heeft u in het afgelopen jaar langer dan 4 weken niet gelopen?

- Ja
- Nee

Gebruikt u zuivelproducten (zoals kaas, melk, yoghurt)?

- Nee
- Ja

Indien ja:

Hoeveel glazen melk/karnemelk drinkt u per dag?

Hoeveel schaaltjes yoghurt/vla eet u per dag?

Hoeveel boterhammen met kaas eet u per dag?

Hoe vaak komt u buiten?

- Dagelijks
- Wekelijks
- Maandelijks
- Nooit

Doet u aan lichamelijke inspanning (bijvoorbeeld wandelen, fietsen, zwemmen)?

- Nee
- Ja, namelijk

17. Urinewegen

Omcirkel wat van toepassing is.

Heeft u moeite om de plas op te houden? Ja / Soms / Nee

Hoe vaak moet u 's nachts uit bed om te plassen?keer per nacht

18. Stress

Hoe gaat u om met stressvolle gebeurtenissen in uw leven?

.....

19. Levensbeschouwing

Wat is uw levens- of geloofsovertuiging?

.....

20. Thuissituatie

Hoe is uw leefsituatie?

- Gehuwd
- Gescheiden
- Weduwe / weduwnaar sinds
- Alleenstaand
- Samenwonend met

Hoe woont u?

- Eengezinswoning
- Appartement met lift
- Appartement zonder lift
- Aanleunwoning
- Verzorgingshuis
- Anders, namelijk

