



Vragenlijst voor het niet kunnen boeren of puffen

Door het invullen van deze lijst, geef ik toestemming aan de verantwoordelijke van de stemkliniek (Dr. Delsupehe) en aan regulerende overheden om deze informatie te gebruiken voor onderzoeksdoeleinden. **Mijn medische gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld** worden. Ik ga akkoord met de verzameling, de verwerking en het gebruik van deze medische gegevens in functie van onderzoeksdoeleinden. Ik ga eveneens akkoord met de overdracht en de verwerking van deze gegevens in andere landen dan België. Ik zal op geen enkele manier met naam vermeld worden.

Naam:

Datum:

Het doel van deze vragenlijst is om na te gaan of er sprake is van retrograde cricofaryngeale dysfunctie (RCPD) bij u en of u bijgevolg in aanmerking zou komen voor de Botox procedure. Het zorgvuldig invullen van dit formulier zal u tijd besparen en een onnodige consultatie of zelfs een procedure vermijden. Daarnaast kan deze vragenlijst ons ook helpen om uw conditie beter te begrijpen en kan ze daarvoor ook gebruikt worden in wetenschappelijke studies, uiteraard zonder uw identiteit op een of andere manier bloot te leggen.

Naam:

Datum:

Geboortedatum:

Huisarts:

Wie heeft u doorverwezen naar de stemkliniek? (Graag het juiste antwoord omcirkelen):

Vriend/internet/ziekenhuis/zangtherapeut/televisie/verzekeringsmaatschappij/logopedist/krant/professionele vereniging/andere: _____

Probleemoverzicht

1. Wanneer en hoe werd je bewust dat je niet kan boeren of puffen?
2. Ervaar je dat uw buik opzwelt? Zo ja, leg uit:
3. Heb je last van gorgelende/storende geluiden? Beschrijf:
4. Doet het pijn? Zo ja, beschrijf de aard, ernst, plaats:
5. Wat is volgens jou de hoofdoorzaak?
6. Ervaar je overmatige winderigheid?



7. Denk je dat de mogelijkheid om over te geven verschillend is van anderen?
8. Was het moeilijk om op te boeren als kind, voor zover je weet? Had je als kind veel last van winderigheid?
9. Ervaar je zuur die oprispt?
10. In welke mate beïnvloedt dit probleem je dagdagelijks leven? Welke aanpassingen aan je sociaal leven heb je reeds uitgevoerd?
11. Welke waren de voorgaande diagnoses voor dit probleem? Heb je reeds behandeling hiervoor gekregen?

12. Duid op de schaal aan (omcirkel) hoe ernstig het probleem is voor jezelf:

1 2 3 4 5 6 7

13. Hoe gemotiveerd ben je om dit probleem op te lossen? Omcirkel op de schaal

1 2 3 4 5 6 7

14. Heb je nog iets toe te voegen over het probleem? (Graag in wat volgt beschrijven):

Bijkomende informatie

15. Omcirkel het cijfer dat overeenstemt met je stembelasting ('Hoeveel spreek je? Niet-beroepsgebonden, maar karakterieel') (1 = zeer weinig, 7 = zeer sociaal)

1 2 3 4 5 6 7



16. Op een schaal van 1 tot 7: Hoe beoordeelt u de luidheid van uw stem? (1 = zeer stil, 7 = zeer luid)

1 2 3 4 5 6 7

17. Welke maatregelen voert u uit voor uw probleem? (Beschrijf)

18. Volgt u zangtraining bij een zangcoach? Ja/Neen

Zo ja, aantal jaren: _____ Bij wie: _____

Medische informatie

19. Omcirkel wat voor u van toepassing is:

Hartinfarct/hartfalen/hoge bloeddruk/ osteoartritis/rheumatoïde artritis/nierfalen/jicht/GERD of refluxziekte/diabetes/CVA (trombose/embolie)/eplepsie/mentale ziekte/nierstenen/bloedklonter in been/osteoporosis/allergie/longziekte/HIV/aids/tuberculose/astma/bloedklonter in de longen/alcoholisme/leverfalen/hepatitis/schildklierandoening/bloeden/anemie/kanker/maag zweren/ernstig trauma (graag verduidelijken): _____

Geen (kruis aan indien geen):

Andere: _____

Chirurgische informatie

20. Som de procedures die je in het verleden hebt ondergaan op, indien aanwezig:

Operatie	Chirurg	Datum

Geen (kruis aan indien geen):

Familiale geschiedenis

21. Omcirkel wat voor u van toepassing is (binnen de familie):

CVA/hartproblemen/hoge bloeddruk/chronisch hoesten/artritis/jicht/stoornissen van het bloed/asthma/mentale ziektes/nierproblemen of nierstenen/rugproblemen/GERD of Refluxziekte/alcoholism/epilepsie/diabetes/Niet dat ik voor zover weet.



Neurologische stoornis: ja/nee;

verklaar: _____

Psychiatrische ziekte: ja/nee;

Kanker: ja/nee;

Andere: _____

Niet van toepassing (kruis aan indien niet van toepassing):

22. Welke medicatie neemt

u? _____

Niet van toepassing (kruis aan indien niet van toepassing):

23. Heb je een allergie of doe je bizarre/allergische reacties op medicatie?

Neen, geen

Ja (graag toelichten):

24. Heb je een levenswens? (een document dat duidelijk maakt hoe iemand wenst te worden behandeld in het geval van een ernstig (terminale) ziekte en de persoon in kwestie handelingsonbekwaam is geworden)

Sociale informatie

25. Nicotieverbruik (omcirkel het juiste antwoord):

Nooit

Regelmatig: _____/pakjes/dag voor _____jaren

sigaretten kauwen pijp

Indien vroegerr: _____/pakjes/dag voor _____jaren

sigaretten kauwen pijp

26. Alcoholverbruik:

Niets

1-3 glazen per week

4-8 glazen per week

> 8 glazen per week

27. Andere:

Cafeïnehoudende dragen per dag: _____

Hoeveel koppen koffie per dag: _____



Overzicht:

28. Omcirkel alles dat voor u van toepassing is:

Leesbril/verandering van
zicht/gehoorverlies/oorpijn/tandpijn/tandvleesproblemen/neusbloedingen/frequente
hoofdpijn/duizeligheid/blackouts/epilepsie/gevoelloosheid of tintelingen/abnormale hartslag/hart-
of borstpijn/chronische pijn/artritis/krampen van de kuit tijdens het wandelen/gezwollen
enkels/koude intolerantie/recente gewichtsverandering/gebrekkige eetlust/moeilijkheden om te
slikken/maagpijn/nausea of braken/koorts of rillingen/ frequent plassen/branderig gevoel tijdens
het plassen/moeilijkheden om te plassen/ frequent geconstipeerd zijn/aambeien/huideczeem/war
of koud hebben/onregelmatige periodes/frequente spotting/
nervositeit/maagzweren/maagzuur/zuur oprispen/keelonsteking of
angina/heesheid/ademhalingsproblemen/snurken/ademstop 's nachts/andere:

Geen (kruis aan indien geen):

Hartelijk dank voor uw medewerking!