

## VRAGENLIJST BIJ SLAAPPROBLEMEN

U kreeg deze vragenlijst mee omdat blijkt dat u last heeft van slaapproblemen.

Als u deze lijst invult, kan uw arts samen met u nagaan wat de mogelijke oorzaken van uw slaapprobleem is. Samen kunnen we dan zoeken naar een gepaste aanpak van uw probleem.

**NAAM**

**DATUM**

### 1. ZICHT KRIJGEN OP UW SLAAPPROBLEEM

- Hoe lang heeft u al last van slaapproblemen?
- Hoe lang duurt het vooraleer u inslaapt?
- Hoe vaak wordt u 's nachts wakker?
- Hoeveel uur slaapt u gemiddeld per nacht?
- Ondervindt u overdag hinder door het slecht slapen? Zo ja: verduidelijk (bijv. concentratieproblemen, vergeetachtig, sneller kwaad worden, overdag in slaap vallen...).

### 2. UW IDEEËN, BEKOMMERNISSEN EN VERWACHTINGEN:

- Heeft u zelf een idee wat ervoor zorgt dat u niet goed slaapt?
- Wat is uw grootste bezorgdheid rond uw slaapprobleem?
- Wat heeft u zelf al geprobeerd om beter te slapen?
- Welke verwachtingen heeft u over de aanpak van uw slaapprobleem?

### 3. ZOEKEN NAAR EEN MOGELIJKE OORZAAK VAN UW SLAAPPROBLEEM

|  | Ja | Nee |
|--|----|-----|
| Zijn er recent veranderingen of gebeurtenissen geweest waarover u piekert?   |    |     |
| Heeft u last van stemmingsveranderingen?   |    |     |
| Heeft u last van angst?  |    |     |
| Wordt uw dag- en nachtritme verstoord?<br>(vb. door ploegendienst, jetlag, lawaaierige slaapomgeving...)   |    |     |
| Gebruikt u voor het slapengaan alcohol?  |    |     |
| Gebruikt u voor het slapengaan (soft)drugs?  |    |     |
| Gebruikt u voor het slapengaan koffie, thee, cola of andere opwekkende middelen?   |    |     |
| Rookt u voor het slapengaan?   |    |     |
| Neemt u medicatie?   |    |     |
| Heeft u lichamelijke klachten 's nachts?<br>(vb: pijn, jeuk, dorst, zuurbranden, hoest, nachtelijk plassen, ademnood, verstopte neus, nachtelijk zweten, opvliegers, hartkloppingen... ) |    |     |
| Heeft u soms last van onaangename gewaarwordingen in de onderbenen?  |    |     |
| Zo ja:   |    |     |
| Neemt dit toe in rust?   |    |     |
| Neemt dit af bij beweging?   |    |     |
| Treedt dit vooral 's avonds op?  |    |     |
| Krijgt u soms opmerkingen over beenbewegingen 's nachts?   |    |     |
| Krijgt u soms opmerkingen over hevig snurken?  |    |     |

#### 4. VRAGEN OVER UW SLAAPGEWOONTES

|  | Ja                       | Nee                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Staat u steeds op hetzelfde uur op?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Is de temperatuur aangenaam in de slaapkamer?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wordt uw slaapkamer voldoende verlucht?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kan uw slaapkamer voldoende verduisterd worden?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bent u actief overdag?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heeft u een vast slaapritueel?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gebruikt u 's avonds een lichte of zware maaltijd? (omcirkel wat juist)              | <input type="checkbox"/> |                          |
| Gaat u naar bed als u moe bent of als het tijd is om te slapen? (omcirkel wat juist) | <input type="checkbox"/> |                          |
| Als u na 20 minuten nog niet slaapt, blijft u dan in bed liggen?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kijkt u frequent naar de klok 's nachts?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leest u soms in bed?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kijkt u soms tv in bed?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Doet u overdag soms een dutje?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sport u soms voor het slapengaan?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |