

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? (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? (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)		
Gaat u naar bed als u moe bent of als het tijd is om te slapen? (omcirkel wat juist)		
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"/>