

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 slapeloosheid?
- 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

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

4. VRAGEN OVER UW SLAAPGEWOONTES

Staat u steeds op hetzelfde uur op?	Ja	Nee
Is de temperatuur aangenaam in de slaapkamer?	Ja	Nee
Wordt uw slaapkamer voldoende verlucht?	Ja	Nee
Kan uw slaapkamer voldoende verduisterd worden?	Ja	Nee
Bent u actief overdag?	Ja	Nee
Heeft u een vast slaapritueel?	Ja	Nee
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?	Ja	Nee
Kijkt u frequent naar de klok 's nachts?	Ja	Nee
Leest u soms in bed?	Ja	Nee
Kijkt u soms tv in bed?	Ja	Nee
Doet u overdag soms een dutje?	Ja	Nee
Sport u soms voor het slapengaan?	Ja	Nee