

VOLWASSENEN VRAGENLIJST

Naam :
 Adres :
 Postcode + woonplaats :
 Telefoonnummer :
 E-mail :
 Geboortedatum :
 Beroep :
 Datum :

PROBLEEMSTELLING

Wat is de reden dat u door ons onderzoek wilt laten doen?

.....

Bent u i.v.m. deze probleemstelling op dit moment onder behandeling?

- Ja
 Nee
 Onder behandeling geweest
 Zo ja, wat voor behandeling.....
 Door wie?
 Wanneer?
 Hoe lang al?

Bent u door iemand naar ons verwezen?

- Ja
 Nee
 Zo ja, door wie?.....
 Zo nee, hoe bent u dan bij ons terecht gekomen?.....

ALGEMENE PERSOONLIJKE GEZONDHEID (*omcirkel één antwoord!)

Heeft u gezondheidsproblemen?

- Ja
 Nee
 Zo ja, welke?.....
 Hoe lang al?

Heeft u trauma's of ongelukken gehad?

- Ja
 Nee
 Zo ja, welke?.....
 wanneer?

Bent u ooit bewusteloos geweest?

- Ja
 Nee
 Zo ja, wanneer?.....

Heeft u ooit een hersenschudding gehad?

- Ja
 Nee
 Zo ja, wanneer?.....

Heeft u een oorontsteking gehad?

- Ja
 Nee
 Zo ja, hoe vaak?.....

Gebruikt u medicijnen?

- Ja
 Nee

Zo ja, welke?.....
waarvoor?.....
hoe vaak?.....
hoe lang?.....
voorgeschreven door?.....

Ondergaat u momenteel een andere behandeling of therapie?

- Ja
 Nee

Zo ja, welke?.....
door wie?.....

Bent u allergisch?

- Ja
 Nee

Zo ja, waarvoor: - pollen (hooikoorts) Ja/nee*
 - voeding Ja/nee*
 - stof Ja/nee*
 - anders.....

PERSOONLIJK OCULAIR VERLEDEN (*omcirkel één antwoord!)

Draagt u een bril? Heden Ja/nee*
 Verleden Ja/nee*
Draagt u contactlenzen? Heden Ja/nee*
 Verleden Ja/nee*

Hoe vaak is uw voorschrift gewijzigd?.....
Van wanneer dateert het laatste voorschrift?.....

Bent u ooit door een oogarts/orthoptist onderzocht?

- Ja
 Nee

Zo ja, waarvoor?.....
wanneer?.....
door wie?.....

Heeft u ooit een oog moeten afplakken?

- Ja
 Nee

Zo ja, welk oog?.....

Heeft u ooit oogontstekingen gehad?

- Ja
 Nee

Zo ja, hoe vaak?.....
welk oog?.....

Bent u ooit onderzocht of behandeld door een: Optometrist? Ja/nee*
 Opticien? Ja/nee*

FAMILIE

Komen er in uw familie oogziekten voor?

- Ja
 Nee

Zo ja, welke?.....

PROBLEMEN MET HET ZIEN (*omcirkel één antwoord!)

Ziet u wazig: - voor veraf? Nooit/soms/vaak/altijd*
 - voor dichtbij? Nooit/soms/vaak/altijd*
Ziet u dubbel? Nooit/soms/vaak/altijd*
Bent u overgevoelig voor zonlicht? Nooit/soms/vaak/altijd*
Hebt u hinder van kunstlicht? Nooit/soms/vaak/altijd*

Als u dichtbij kijkt (b.v. lezen) en u kijkt plotseling veraf, duurt het dan enige tijd tot het beeld scherp is?		Nooit/soms/vaak/altijd*
En andersom, van veraf naar dichtbij?		Nooit/soms/vaak/altijd*
Heeft u problemen bij lezen en/of ander werk binnen 40 cm? (vervaagt het beeld, is het onrustig, danst het of schuift het in elkaar)		Nooit/soms/vaak/altijd*
Heeft u last van vermoeide ogen?		Nooit/soms/vaak/altijd*
Heeft u problemen met afstand schatten bij balspelen?		Nooit/soms/vaak/altijd*
in het verkeer?		Nooit/soms/vaak/altijd*
Heeft u moeite met het vangen van een bal?		Nooit/soms/vaak/altijd*
Bent u onzeker in de schemering (vooral bij autorijden)?		Nooit/soms/vaak/altijd*
Heeft u hinder van:	- branderige ogen?	Nooit/soms/vaak/altijd*
	- droge ogen?	Nooit/soms/vaak/altijd*
	- jeukende ogen?	Nooit/soms/vaak/altijd*
	- tranende ogen?	Nooit/soms/vaak/altijd*
	- rode ogen?	Nooit/soms/vaak/altijd*
	- dichtgeplakte oogleden?	Nooit/soms/vaak/altijd*
HOOFDPIJN (*omcirkel één antwoord!)		
Heeft u hoofdpijnklachten?		
<input type="checkbox"/> Ja		
<input type="checkbox"/> Nee		
Zo ja, hoe vaak?.....		
Hoe lang al en wanneer is het begonnen?.....		
Waar?	Voorhoofd/bij de slapen/ achterhoofd*	
Wanneer voelt u het?	De hele dag/ 's morgens/ 's middags/ 's avonds/ wisselend*	
	Na bepaalde activiteiten, zoals	
Hoe is het?	Kloppend/ stekend/ drukkend*	
Wordt het volgens u erger door:	slaapgebrek	Ja/nee*
	fel licht	Ja/nee*
	voeding	Ja/nee*
	lezen/ nabij werkzaamheden	Ja/nee*
LEZEN (*omcirkel één antwoord!)		
Leest u graag?		Ja/nee*
Leest u in uw vrije tijd?		Ja/nee*
Bent u tevreden met uw leestempo?		Ja/nee*
Gebruikt u uw vinger of b.v. een lineaal om de regel te volgen?		Nooit/ soms/ vaak*
Knijpt u één oog dicht tijdens het lezen?		Nooit/ soms/ vaak*
Moet u de tekst meer dan één keer lezen om de inhoud te begrijpen?		Nooit/ soms/ vaak*
Mist u regels en/of woorden tijdens het lezen?		Nooit/ soms/ vaak*
Heeft u bij het lezen moeite met de scherppte? (vervaagt het beeld, is het onrustig, danst het of schuift het in elkaar)		Nooit/ soms/ vaak*
Hoe lang kunt u geconcentreerd achter elkaar lezen?		
SCHRIJVEN (*omcirkel één antwoord!)		
Is uw handschrift leesbaar voor anderen?		Matig/ redelijk/ goed*
Maakt u letteromkeringen?		Nooit/ soms/ vaak*
Kunt u op de regel schrijven?		Matig/ redelijk/ goed*

VRIJE TIJD (*omcirkel één antwoord!)

Doet u aan sport?

- Ja
 Nee

Welke?

Hoe vaak?.....

Welk niveau?.....

Bent u tevreden met uw sportprestaties?

Ja/nee*

Wat zijn uw hobbies?

WERK (*omcirkel één antwoord!)

Wat voor werk doet u?

Werkt u regelmatig aan een beeldscherm?

- Ja
 Nee

Zo ja, hoeveel uren per dag?.....

Waar verricht u uw werkzaamheden?

Vooral binnen/ vooral buiten/ binnen en buiten*

Op welke afstand verricht u uw werkzaamheden? Vooral dichtbij/ vooral veraf/ dichtbij en veraf*

ONTWIKKELING

Hoe was in uw kinderjaren uw motorische ontwikkeling?

.....

Heeft u gekropen als peuter?

- Ja
 Nee

Wanneer ging u voor het eerst lopen?

ALGEMENE VRAGEN (*omcirkel één antwoord!)

Stoot u zich makkelijk?

Nooit/ soms/ vaak*

Valt u makkelijk?

Nooit/ soms/ vaak*

Laat u dingen uit uw handen vallen?

Nooit/ soms/ vaak*

Heeft u verkrampte spieren in de nek en schoudergebied?

Nooit/ soms/ vaak*

Heeft u last van algehele vermoeidheid?

Nooit/ soms/ vaak*

Heeft u slaapproblemen?

Nooit/ soms/ vaak*

Bent u na het slapen nog moe?

Nooit/ soms/ vaak*

Bent u wel eens duizelig?

Nooit/ soms/ vaak*

Bent u wel eens wagenziek?

Nooit/ soms/ vaak*

Voelt u zich niet prettig in grote of kleine ruimtes?

Nooit/ soms/ vaak*

Heeft u nog aanvullende informatie?

.....

