Vragenlijst nieuwe stempatiënt

**Wie heeft u naar hier verwezen?**

* huisarts/ NKO arts:
* andere:

**Wat is uw hoofdprobleem?**

Stemklank in spreekstem / zangstem/ ademhaling / sliklast / pijn

Geef een korte omschrijving:

Wanneer en hoe is het begonnen?

Gelieve aan te duiden wat bij u van toepassing is:

1) \_\_\_\_\_ heesheid, ruwheid in de stem

2) \_\_\_\_\_ verlies van bovenste tonen

3) \_\_\_\_\_ verlies van brilliantie

4) \_\_\_\_\_ kost moeite om klank te maken

5) \_\_\_\_\_ stem hapert in het begin

­6) \_\_\_\_\_ stem houdt het niet lang vol

7) \_\_\_\_\_ stemkwaliteit is erg variabel

8) \_\_\_\_\_ stem is slechter ’s ochtends

9) \_\_\_\_\_ stem wordt zwakker bij langer gebruik

10) \_\_\_\_\_ stem bibbert/ is onvast

11) \_\_\_\_\_ stem breekt af

12) \_\_\_\_\_ stem valt uit tot fluisteren

13) \_\_\_\_\_ niet kunnen roepen

14) \_\_\_\_\_ niet hoorbaar in lawaai

15) \_\_\_\_\_ klank maken doet pijn

16) \_\_\_\_\_ moeilijker aan de telefoon

17) \_\_\_\_\_ stem klinkt te hoog of te laag

18) \_\_\_\_\_ herhaald keelschrapen

19) \_\_\_\_\_ hoesten

Indien slikken een probleem is, duid aan wat bij u van toepassing is:

\_\_\_\_\_ pijnlijk

\_\_\_\_\_ vaste voeding (biefstuk etc.) gaat moeilijk door

\_\_\_\_\_ verslikken op vloeibare voeding

\_\_\_\_\_ terugvloei van voeding

\_\_\_\_\_ gevoel van krop in de keel

**Bent u voor dit probleem al eens bij een andere arts geweest?**

Wat was de diagnose?

Wat was de behandeling?

**Wat is uw beroep?**

**Zijn er bezigheden buiten uw beroep waarbij u speciaal de stem belast?**

**Indien u zingt, wat is uw stijl en wat is uw bereik?**

Klassiek Musical Jazz Pop Belt Rock

Andere:

Sopraan Mezzosopraan Alt

Countertenor Tenor Bariton Bas

Heeft u ooit zangles gevolgd? Ja / Neen

Zo ja, gedurende hoeveel jaar, en bij wie?

Gelieve te omcirkelen hoe belangrijk dit probleem voor u is:

niet belangrijk 1 2 3 4 5 zeer belangrijk

Gelieve te omcirkelen hoeveel u van nature uit spreekt:

stille luisteraar 1 2 3 4 5 spraakwater

Gelieve te omcirkelen hoe luid u meestal spreekt:

zeer zacht 1 2 3 4 5 zeer luid

**Rookt u?** Ja – Vroeger – Nooit gerookt

\_\_\_\_\_ gestopt met roken: in welk jaar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ sigaretten: ik rookte al ongeveer \_\_\_ pakjes per dag gedurende \_\_\_ jaar

**Vocht inname:**

Water: \_\_\_\_\_ glazen per dag

Koffie, zwarte thee, cola: \_\_\_\_\_ tassen / glazen per dag

Alcohol: \_\_\_\_\_ glazen per dag / week / maand / jaar

Andere:

**Zijn er bij u allergieën gekend?** Ja/ Neen

\_\_\_\_\_ medicatie: welke?

\_\_\_\_\_ huisstofmijt, schimmels

\_\_\_\_\_ huisdieren

\_\_\_\_\_ pollen

**Heeft u last van uw maag?** Ja / Neen / Gekend probleem

Heeft u last van het zuur? Ja / Neen

Heeft u last van branderigheid op de borst? Ja / Neen

**Heeft u neusklachten?** Ja/Neen

\_\_\_\_\_ slijmen die van de neus naar de keel zakken

\_\_\_\_\_ verminderde neusademhaling

\_\_\_\_\_ verminderde/afwezige reukzin

\_\_\_\_\_ niezen, neusloop

**Heeft u ooit een operatie ondergaan?** Ja / Neen

\_\_\_\_\_ stemoperatie

\_\_\_\_\_ amandelen verwijderd

\_\_\_\_\_ neus/sinusoperatie

\_\_\_\_\_ schildklier operatie

\_\_\_\_\_ hart / longoperatie

\_\_\_\_\_ operatie aan halsvaten

\_\_\_\_\_ nek/ rugoperatie

\_\_\_\_\_ andere:

**Zijn er momenteel andere, nog niet vernoemde, medische problemen?** Ja / Neen

\_\_\_\_\_ suikerziekte

\_\_\_\_\_ hersenen, zenuwen

\_\_\_\_\_ schildklierlijden

\_\_\_\_\_ koorts, gewichtsverlies

\_\_\_\_\_ longen

\_\_\_\_\_ hart

\_\_\_\_\_ tremor

\_\_\_\_\_ maag, darmen, lever, nieren

\_\_\_\_\_ bloedstolling, bloedklonters

\_\_\_\_\_ andere:

**Neemt u medicatie?**

Zo ja, gelieve uw medicatie te noteren: