

# VRAGENLIJST SLAAPGENEESKUNDE

Deze vragenlijst wordt gebruikt tijdens de raadpleging voor slaapstoornissen door de diensten Longziekten, Neurologie, CIG (Centrum voor integratieve geneeskunde) en Psychiatrie. Vul ze daarom zo volledig mogelijk in voordat je naar je afspraak komt, bij voorkeur samen met je (eventuele) bedpartner. Breng de vragenlijst ook zeker mee naar de raadpleging. Deze bundel bevat ook een slaapdagboek, dat je bij voorkeur gedurende twee weken invult, en drie aanvullende korte vragenlijsten.

Deze gegevens zijn vertrouwelijk en worden toegevoegd aan je elektronisch dossier.

## ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

Vragenlijst ingevuld op datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

door: ☐ mezelf ☐ bedpartner ☐ samen

ik ben: ☐ gehuwd ☐ samenwonend ☐ alleenstaand

Naam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Rijksregisternummer: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Straat en nummer: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoon thuis: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Huidige job: \_\_\_\_\_

Opleiding: \_\_\_\_\_

Lengte \_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_ kg

### Verwijzing door

☐ huisarts: naam \_\_\_\_\_

adres \_\_\_\_\_

☐ specialist: naam \_\_\_\_\_

adres \_\_\_\_\_

☐ mijn partner ☐ mezelf ☐ een kennis

### Ziekteverzekering

Bij welke mutualiteit/zorgverzekeraar ben je aangesloten? \_\_\_\_\_

Heb je een aanvullende hospitalisatieverzekering? ☐ NEE ☐ JA

### Rijbewijs

Welk type rijbewijs heb je? ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

Hoeveel kilometers rijd je per jaar? \_\_\_\_\_

### TOELICHTING BIJ HET INVULLEN

In deze vragenlijst vragen we hoe vaak klachten of verschijnselen voorkomen.  
Er zijn meestal 5 keuzemogelijkheden die als volgt zijn weergegeven:

☐ nooit   ☐ zelden   ☐ soms   ☐ vaak   ☐ altijd

**Nooit**      betekent dat je dit nog nooit hebt meegemaakt.  
**Zelden**    betekent dat het ooit wel eens is gebeurd of dat het hoogstens jaarlijks voorvalt.  
**Soms**      betekent dat wel eens kan voorvallen in de loop van een maand.  
**Vaak**      wil zeggen dat het minstens wekelijks gebeurt  
**Altijd**     betekent haast iedere dag of nacht.

Onderging je al een slaaponderzoek in het verleden?

☐ NEE   ☐ JA

datum:    \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

centrum: \_\_\_\_\_

arts: \_\_\_\_\_

Gelieve het verslag mee te brengen als je een slaaponderzoek onderging in een ander ziekenhuis, of stuur het op per post of via het patiëntenportaal Mijn UZ Gent ([mijn.uzgent.be](https://mijn.uzgent.be)).

---

## ▲ SLAAP ALGEMEEN

Wat is je belangrijkste probleem met slaap?

---

---

Hoe lang bestaat dit probleem? \_\_\_\_\_ jaren \_\_\_\_\_ maanden

Heb je andere problemen met slapen of waken?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, som op en geef de duur van ieder probleem:

---

---

Was je al in behandeling voor een slaapprobleem?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, beschrijf het probleem en de ingestelde behandeling:

---

---

Had je als kind slaapproblemen?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, beschrijf het probleem en de ingestelde behandeling:

---

---

Als je een partner hebt, vraag dan wat meest opvalt betreffende je slaap en functioneren overdag:

---

---

---

## ▲ SLAAPHYGIËNE – BED GEWOONTEN

Ervaar je toenemende angst of spanning voor het slapengaan?

☐ nooit ☐ zelden ☐ soms ☐ vaak ☐ altijd

Stel je het uur van slapengaan uit, uit vrees niet te kunnen slapen?

☐ nooit ☐ zelden ☐ soms ☐ vaak ☐ altijd

Doe je volgende activiteiten in bed voor het slapen?

Eten? ☐ nooit ☐ zelden ☐ soms ☐ vaak ☐ altijd

Lezen/tv? ☐ nooit ☐ zelden ☐ soms ☐ vaak ☐ altijd

Gsm-/tabletgebruik? ☐ nooit ☐ zelden ☐ soms ☐ vaak ☐ altijd

Piekeren/plannen? ☐ nooit ☐ zelden ☐ soms ☐ vaak ☐ altijd

Seksuele activiteit? ☐ nooit ☐ zelden ☐ soms ☐ vaak ☐ altijd

Andere activiteiten? 

---

## ▲ SLAAPSCHEMA

Wat is je slaaptiming? Ik ben: ☐ een ochtendmens ☐ een avondmens ☐ geen van beide

Heb je een regelmatig slaap-waakschema?

☐ NEE ☐ JA

Op werkdagen:

Wanneer ga je naar bed?

\_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ min

Wanneer sta je op?

\_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ min

Hoeveel uren slaap je per nacht?

\_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ min

Tijdens weekend of verlof:

Wanneer ga je naar bed?

\_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ min

Wanneer sta je op?

\_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ min

Hoeveel uren slaap je per nacht?

\_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ min

Als je een schema kon kiezen dat het beste past bij je natuurlijke slaapritme:

Wanneer zou je gaan slapen?

\_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ min

Wanneer zou je opstaan?

\_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ min

Doe je een dutje overdag?

☐ NEE ☐ JA

Is een dutje verkwikkend?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, hoe vaak per week? \_\_\_\_\_ x/week

\_\_\_\_\_ dutjes per dag op werkdagen gedurende \_\_\_\_\_ minuten

\_\_\_\_\_ dutjes per dag tijdens weekend gedurende \_\_\_\_\_ minuten

Werk je in nacht- of ploegendienst?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, beschrijf je werkschema: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heb je wachtdiensten waarbij je 's nachts opgeroepen wordt?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, hoe vaak word je opgeroepen? \_\_\_\_\_ keer per week, \_\_\_\_\_ keer per nacht

Deed je wachtdiensten/ploegenarbeid in het verleden?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, gedurende: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

## ▲ SLAPELOOSHEID

Heb je moeilijkheden om in slaap te geraken nadat je naar bed ging?

☐ nooit      ☐ zelden      ☐ soms      ☐ vaak      ☐ altijd

Hoe lang duurt het meestal voor je in slaap valt? \_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ min

Ervaar je storende ontwaakmomenten 's nachts?

☐ nooit      ☐ zelden      ☐ soms      ☐ vaak      ☐ altijd

Zo ja, hoe vaak word je wakker per nacht? \_\_\_\_\_ keer/nacht

Sta je 's nachts op om te plassen?

☐ NEE      ☐ JA, \_\_\_\_\_ keer per nacht

Lig je langdurig wakker en is het moeilijk om opnieuw in te slapen?

☐ NEE      ☐ JA

Zo ja, wat is de totale duur dat je wakker blijft? \_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ min

Zo ja, waarom blijf je wakker (piekeren, rusteloze benen...)?

---

---

Komt het voor dat je 's ochtends te vroeg ontwaakt en niet meer kan inslapen?

☐ nooit      ☐ zelden      ☐ soms      ☐ vaak      ☐ altijd

Heb je moeilijkheden om te ontwaken of op te staan 's morgens?

☐ nooit      ☐ zelden      ☐ soms      ☐ vaak      ☐ altijd

Hoe vaak vind je dat er zich een slaapprobleem voordoet? \_\_\_\_ nachten per week

Neem je slaapmiddelen?

☐ nooit      ☐ minder dan drie keren per week      ☐ drie keer of meer per week      ☐ dagelijks

Geef de naam en de dosis van de slaapmiddelen die je gebruikt.

---

---

## SLAPERIGHEID OVERDAG

Voel je je overdreven slaperig overdag? (een abnormale neiging om ongewenst in te slapen, dit is niet hetzelfde als vermoeidheid!)

☐ NEE ☐ JA, hoe lang al? \_\_\_\_\_ maanden \_\_\_\_\_ jaren

Vind je dat deze slaperigheid het gevolg is van een slechte nachtrust?

☐ NEE ☐ JA

Voel je je moe? (gebrek aan energie om de dagelijkse taken te doen)

☐ nooit ☐ zelden ☐ soms ☐ vaak ☐ altijd

Heb je last van spierpijnen of lichamelijke pijn in het algemeen?

☐ nooit ☐ zelden ☐ soms ☐ vaak ☐ altijd

Heb je last van concentratie- of geheugenstoornissen?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, verklaar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Word je snel slaperig tijdens de volgende activiteiten?

|                                  |                                |                                 |                               |                               |                                 |
|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Lezen?                           | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> zelden | <input type="checkbox"/> soms | <input type="checkbox"/> vaak | <input type="checkbox"/> altijd |
| Tv-kijken?                       | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> zelden | <input type="checkbox"/> soms | <input type="checkbox"/> vaak | <input type="checkbox"/> altijd |
| Een gesprek?                     | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> zelden | <input type="checkbox"/> soms | <input type="checkbox"/> vaak | <input type="checkbox"/> altijd |
| De maaltijd?                     | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> zelden | <input type="checkbox"/> soms | <input type="checkbox"/> vaak | <input type="checkbox"/> altijd |
| Op het werk?                     | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> zelden | <input type="checkbox"/> soms | <input type="checkbox"/> vaak | <input type="checkbox"/> altijd |
| Als bestuurder van een voertuig? | <input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> zelden | <input type="checkbox"/> soms | <input type="checkbox"/> vaak | <input type="checkbox"/> altijd |

Had je ooit (bijna) een ongeval door inslapen tijdens het rijden?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, beschrijf de omstandigheden: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voelde je ooit een plotse spierzwakte bij lachen, boosheid, verrassing of andere prikkel?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, beschrijf de aard en omstandigheden van deze aanvallen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voelde je je ooit verlamd bij het ontwaken?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, beschrijf deze ervaring: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Had je ooit buitengewoon levendige dromen vlak voor het inslapen?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, beschrijf deze ervaring: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Komt het voor dat je onbewust handelingen uitvoert?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, beschrijf de aard en omstandigheden van deze ervaring \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

## ▲ PSYCHISCHE GEGEVENS

Voel je je somber?

☐ nooit    ☐ zelden    ☐ soms    ☐ vaak    ☐ altijd

Zo ja, wanneer vooral? \_\_\_\_\_

☐ 's morgens    ☐ 's avonds    ☐ de ganse dag

Voel je je angstig?

☐ nooit    ☐ zelden    ☐ soms    ☐ vaak    ☐ altijd

Maakte je ooit ernstige spanningen door?

☐ NEE    ☐ JA

Zo ja, verklaar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was je ooit in behandeling bij een psychiater?

☐ NEE    ☐ JA

Zo ja, bij wie? \_\_\_\_\_

Ben je momenteel nog in behandeling ?

☐ NEE    ☐ JA

Was je ooit in behandeling bij een psycholoog?

☐ NEE    ☐ JA

Zo ja, bij wie? \_\_\_\_\_

Ben je momenteel nog in behandeling ?

☐ NEE    ☐ JA

Heb je seksuele problemen?

☐ NEE    ☐ JA

Zo ja, beschrijf deze ervaring: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

## ▲ FAMILIALE GEGEVENS

Komen er (familiale) aandoeningen voor bij je vader, moeder, broers, zussen of kinderen?

☐ NEE    ☐ JA

Zo ja, verklaar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zijn er familieleden die ooit psychiatrisch behandeld werden?

☐ NEE    ☐ JA

Zo ja, verklaar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Komen slaapproblemen voor bij je vader, moeder, broers, zussen of kinderen?

☐ NEE    ☐ JA

Zo ja, verklaar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zijn er familieleden die vaak slaapmiddelen nemen of namen?

☐ NEE    ☐ JA

Zo ja, verklaar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

## ▲ SNURKEN – SLAAPAPNOE

Snurk je?

☐ nooit      ☐ zelden      ☐ soms      ☐ vaak      ☐ altijd

Zo ja, hoe lang al? \_\_\_\_\_ maanden \_\_\_\_\_ jaren

Heeft je slaaphouding een invloed op het snurken?

☐ NEE    ☐ JA

Zo ja, in welke houding snurk je het luidst? \_\_\_\_\_

Heb je last van een verstopte neus?

☐ nooit      ☐ zelden      ☐ soms      ☐ vaak      ☐ altijd

Heeft je partner al gemerkt dat je stopt met ademen tijdens de slaap?

☐ nooit      ☐ zelden      ☐ soms      ☐ vaak      ☐ altijd

Heb je zelf al gemerkt dat je wakker wordt met een benauwd of verstikkend gevoel?

☐ nooit      ☐ zelden      ☐ soms      ☐ vaak      ☐ altijd

Word je 's ochtends wakker met hoofdpijn?

☐ nooit      ☐ zelden      ☐ soms      ☐ vaak      ☐ altijd

Word je 's ochtends wakker met een droge mond of pijnlijke keel?

☐ nooit      ☐ zelden      ☐ soms      ☐ vaak      ☐ altijd

Voel je je vaak slaapdronken 's ochtends?

☐ nooit      ☐ zelden      ☐ soms      ☐ vaak      ☐ altijd

Heb je last van overdreven zweten 's nachts?

☐ nooit      ☐ zelden      ☐ soms      ☐ vaak      ☐ altijd

---

## ▲ BEWEGINGSSTOORNISSEN/PARASOMNIE

Wordt het inslapen bemoeilijkt door rusteloosheid of bewegingsdrang in de ledematen?

☐ nooit      ☐ zelden      ☐ soms      ☐ vaak      ☐ altijd

Meldt je partner dat je slaat of schopt tijdens je slaap?

☐ NEE    ☐ JA

Zo ja, hoe vaak komt dit voor? \_\_\_\_\_

Omstreeks welk tijdstip tijdens de nacht? \_\_\_\_\_

Meldt je partner dat je praat, roept of kreunt in je slaap?

☐ NEE    ☐ JA

Zo ja, hoe vaak komt dit voor? \_\_\_\_\_

Omstreeks welk tijdstip tijdens de nacht? \_\_\_\_\_

Heb je last van nachtmerries of nachtelijke angstaanvallen?

☐ NEE    ☐ JA

Zo ja, hoe vaak komt dit voor? \_\_\_\_\_

Op welke leeftijd begon dit? \_\_\_\_\_

Vertoon je tandenknarsen tijdens de slaap?

☐ NEE ☐ JA

Had je als kind last van bedwateren?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, tot welke leeftijd? \_\_\_\_\_ jaar

Had je als volwassene ooit last van bedwateren?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, specificeer: \_\_\_\_\_

Heb je ooit geslaapwandeld?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, wanneer voor het laatst? \_\_\_\_\_

## ▲ MEDISCHE GEGEVENS

Werd je ooit ernstig ziek, geopereerd of gehospitaliseerd? Vermeld jaar en aandoening:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Welke medicatie neem je momenteel in:

Vermeld ook slaapmiddelen, kruiden, homeopathie, puffers en anticonceptie!

| NAAM | DOSIS | UUR INNAME |
|------|-------|------------|
|      |       |            |
|      |       |            |
|      |       |            |
|      |       |            |
|      |       |            |
|      |       |            |
|      |       |            |
|      |       |            |
|      |       |            |

Liet je je ooit onderzoeken op allergie ?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, was je allergisch?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, voor \_\_\_\_\_

Heb je voldoende lichaamsbeweging?

☐ NEE ☐ JA

Heb je een gezond voedingspatroon?

☐ NEE ☐ JA

Hoe evolueerde je gewicht in de loop der tijd?

Zwaarste gewicht ooit bereikt: \_\_\_\_\_ kg op leeftijd van \_\_\_\_\_ jaar

Hoe is je gewichtsevolutie de laatste tijd?

☐ stabiel ☐ verzwaaard met \_\_\_\_\_ kg ☐ vermagerd met \_\_\_\_\_ kg

Indien je recent verzwaarde, is je slaapprobleem verergerd in aansluiting hiermee?

☐ NEE ☐ JA

Probeerde je ooit een dieet te volgen?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, wat was het maximale gewichtsverlies? \_\_\_\_\_ kg

Heb je ooit gerookt?

☐ NEE ☐ JA

Indien ja, begonnen op \_\_\_\_\_ jaar, \_\_\_\_\_ pakjes/dag

Rook je nu nog? ☐ NEE, gestopt in \_\_\_\_\_ ☐ JA, nog \_\_\_\_\_ pakjes/dag

Wat rook je? ☐ sigaretten ☐ sigaren ☐ pijptabak ☐ \_\_\_\_\_

Hoeveel cafeïne-houdende dranken drink je per dag? \_\_\_\_\_ koffie \_\_\_\_\_ thee \_\_\_\_\_ cola

Om hoe laat is uw laatste inname op de dag? \_\_\_\_\_ uur

Hoeveel glazen alcohol drink je per dag tijdens de week? \_\_\_\_\_ bier \_\_\_\_\_ wijn \_\_\_\_\_ sterke drank

Hoeveel glazen alcohol drink je per dag tijdens het weekend? \_\_\_\_\_ bier \_\_\_\_\_ wijn \_\_\_\_\_ sterke drank

Gebruikte je ooit illegale drugs?

☐ NEE ☐ JA

Zo ja, verklaar: \_\_\_\_\_

Hoeveel dagen per week gebruikt(e) u deze middelen? \_\_\_\_\_

Hoeveel gebruikt(e) u per dag? \_\_\_\_\_

Gebruikt u deze middelen momenteel nog?

☐ NEE ☐ JA

---

## EPWORTH SLAPERIGHEID SCHAAL

Hoe groot is de kans dat je indommelt of inslaapt in de volgende situaties?

**0** = nooit    **1** = kleine kans    **2** = redelijke kans    **3** = grote kans

**Omcirkel het cijfer dat het best past bij elke situatie (gelieve alle 8 vragen te beantwoorden):**

|                                                        |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Zitten en lezen                                        | 0 | — | 1 | — | 2 | — | 3 |
| TV kijken                                              | 0 | — | 1 | — | 2 | — | 3 |
| Als toeschouwer in theater of tijdens vergadering      | 0 | — | 1 | — | 2 | — | 3 |
| Als passagier in de auto tijdens een rit van ≥ een uur | 0 | — | 1 | — | 2 | — | 3 |
| Rustig liggen in de namiddag                           | 0 | — | 1 | — | 2 | — | 3 |
| Zitten en praten met iemand                            | 0 | — | 1 | — | 2 | — | 3 |
| Rustig zitten na een middagmaal zonder alcohol         | 0 | — | 1 | — | 2 | — | 3 |
| In de wagen na een oponthoud van enkele minuten        | 0 | — | 1 | — | 2 | — | 3 |

TOTAAL: \_\_\_\_\_ /24

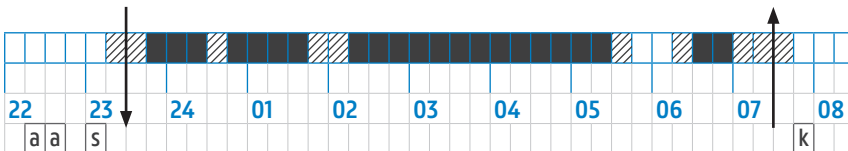


Hij verduidelijkt voor je arts en jezelf hoe je je slaap- en waakpatroon ervaart.

### Aanbevelingen hoe je de SK correct invult:

- Deze letters schrijf je onder het vakje dat overeenkomt met het tijdstip waarop je dit innam.

Voorbeeld:



Om 7:45 heb je één kop koffie gedronken.







## FIVE SHOT QUESTIONNAIRE

Bron: Seppä, K., J. Lepistö, and P. Sillanaukee, *Five-shot questionnaire on heavy drinking. Alcoholism, clinical and experimental research*, 1998. 22(8): p. 1788-91.

Onderstaande vragen gaan over je alcoholgebruik.

Om te antwoorden hoef je alleen het cijfer te omcirkelen bij het antwoord dat het beste op jou van toepassing is.

Gelieve alle vragen te beantwoorden.

Omcirkel slechts 1 antwoord bij elke uitspraak.

Als je per ongeluk het verkeerde antwoord omcirkelt of bij nader inzicht toch een ander antwoord wil geven, kruis dan het foute antwoord duidelijk door en omcirkel het juiste antwoord.

1. Hoe vaak drink je alcoholhoudende dranken?

| Nooit | Eenmaal per maand of minder | Twee- tot viermaal per maand | Twee- tot driemaal per week | Viermaal of meer per week |
|-------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 0     | 0,5                         | 1                            | 1,5                         | 2                         |

2. Hoeveel glazen alcohol drink je op een typische dag?

| Een of twee glazen | Drie of vier glazen | Vijf of zes glazen | Zeven tot negen glazen | Tien of meer glazen |
|--------------------|---------------------|--------------------|------------------------|---------------------|
| 0                  | 0,5                 | 1                  | 1,5                    | 2                   |

3. Heb je je ooit geërgerd aan mensen die opmerkingen maakten over je drankgebruik?

| Nee | Ja |
|-----|----|
| 0   | 1  |

4. Heb je je ooit slecht of schuldig gevoeld over je drankgebruik?

| Nee | Ja |
|-----|----|
| 0   | 1  |

5. Heb je ooit 's ochtends alcohol gedronken om je rustiger te voelen of om een kater te verdrijven?

| Nee | Ja |
|-----|----|
| 0   | 1  |

## INSOMNIA SEVERITY INDEX

Onderstaande vragen gaan over hoe je je slaap ervaart.

Om te antwoorden hoef je alleen het cijfer te omcirkelen bij het antwoord dat het beste op jou van toepassing is.

Vind je bijvoorbeeld dat je over het algemeen enige moeite hebt met inslapen, geef dat dan als volgt aan:

Voorbeeld:

|                     | Geen | Een beetje | Matig | Ernstig | Zeer ernstig |
|---------------------|------|------------|-------|---------|--------------|
| Moeite met inslapen | 0    | 1          | 2     | 3       | 4            |

Beantwoord alle uitspraken. Omcirkel slechts 1 antwoord bij elke uitspraak.

Als je per ongeluk het verkeerde antwoord omcirkelt of bij nader inzicht toch een ander antwoord wil geven, kruis dan het foute antwoord duidelijk door en omcirkel het juiste antwoord.

### Vragenlijst

1. Geef de ernst van je slaapproblemen in de afgelopen twee weken aan:

|                                         | Geen | Een beetje | Matig | Ernstig | Zeer ernstig |
|-----------------------------------------|------|------------|-------|---------|--------------|
| a. Moeite met inslapen                  | 0    | 1          | 2     | 3       | 4            |
| b. Moeite met doorslapen                | 0    | 1          | 2     | 3       | 4            |
| c. Problemen met te vroeg wakker worden | 0    | 1          | 2     | 3       | 4            |

2. Hoe tevreden ben je met je huidige slaappatroon?

| Zeer tevreden | Tevreden | Neutraal | Ontevreden | Zeer ontevreden |
|---------------|----------|----------|------------|-----------------|
| 0             | 1        | 2        | 3          | 4               |

3. In hoeverre beïnvloeden je slaapproblemen je dagelijkse functioneren (bijvoorbeeld vermoeidheid, concentratie, geheugen, stemming)?

| Geen negatieve invloed | Enigszins | Veel | Zeer veel negatieve invloed |
|------------------------|-----------|------|-----------------------------|
| 0                      | 1         | 2    | 3                           |

4. Hoe opvallend zijn de dagelijkse gevolgen van je slaapprobleem voor anderen?

| Helemaal niet opvallend | Een beetje | Enigszins | Erg | Heel erg opvallend |
|-------------------------|------------|-----------|-----|--------------------|
| 0                       | 1          | 2         | 3   | 4                  |

5. Hoe ongerust ben je over je huidige slaapproblemen?

| Helemaal niet ongerust | Een beetje | Enigszins | Erg | Heel erg opvallend |
|------------------------|------------|-----------|-----|--------------------|
| 0                      | 1          | 2         | 3   | 4                  |

## DE PITTSBURGH SLAAPKWALITEIT INDEX (PSQI)

Nederlandstalige bewerking met toelating van auteurs door R. Cluydts, M. Kerckhoffs, G. Hoffmann

De volgende vragen hebben enkel betrekking op je slaap tijdens de voorbije maand.

Je antwoorden zouden een zo nauwkeurig mogelijke weergave moeten zijn van de meerderheid van de dagen en nachten tijdens de voorbije maand. Gelieve alle vragen te beantwoorden.

1. Hoe laat ging je 's avonds gewoonlijk naar bed de voorbije maand?

Gebruikelijke bedtijd? \_\_\_\_\_

2. Hoeveel minuten duurde het de voorbije maand gewoonlijk, elke nacht, vooraleer je in slaap viel?

Aantal minuten: \_\_\_\_\_

3. Hoe laat stond je 's morgens tijdens de voorbije maand gewoonlijk op?

Gebruikelijke tijdstip van opstaan: \_\_\_\_\_

4. Aan hoeveel uren slaap kwam je gemiddeld per nacht tijdens de voorbije maand?

Dat kan verschillen van het aantal uren dat je in bed doorbracht.

Aantal uren **slaap** per nacht: \_\_\_\_\_

5. Hoe vaak had je de voorbije maand moeilijkheden met slapen, omdat je:

|                                                           | Niet tijdens de<br>voorbije maand | Minder dan<br>éénmaal per week | Eén- of tweemaal<br>per week | Driemaal of<br>meer per week |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a. Niet in slaap kon vallen binnen 30 minuten?            | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| b. Midden in de nacht of in de vroege morgen wakker werd? | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| c. Naar het toilet moest gaan?                            | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| d. Niet gemakkelijk kon ademen?                           | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| e. Luid hoestte of snurkte?                               | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| f. Het te koud had?                                       | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| g. Het te warm had?                                       | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| h. Nachmerries had?                                       | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| i. Pijn had?                                              | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| j. (een) andere reden(en) had?                            | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |

Omschrijf aub: \_\_\_\_\_

6. Hoe zou je je globale slaapkwaliteit tijdens de voorbije maand beoordelen?

☐ Zeer goed ☐ Redelijk goed ☐ Eerder slecht ☐ Zeer slecht

7. Hoe vaak nam je gedurende de voorbije maand geneesmiddelen in, al dan niet voorgeschreven, als hulp bij het slapen?

☐ Niet tijdens de voorbije maand ☐ Minder dan éénmaal per week ☐ Eén of tweemaal per week ☐ Drie of meer per week

8. Hoe vaak had je de voorbije maand moeilijk om wakker te blijven tijdens het autorijden, het eten, of deelname aan sociale activiteit?

☐ Geen enkel probleem ☐ Slechts een klein probleem ☐ Enigszins een probleem ☐ Een heel groot probleem

9. In welke mate was het de voorbije maand een probleem om met voldoende enthousiasme je dagelijkse activiteiten uit te voeren?
- ☐ Geen enkel probleem      ☐ Slechts een klein probleem      ☐ Enigszins een probleem      ☐ Een heel groot probleem
10. Heb je een bedpartner of huisgenoot?
- ☐ Nee      ☐ Ja, maar in een andere kamer      ☐ Ja, in dezelfde kamer maar niet in hetzelfde bed      ☐ Ja

Als je een bedpartner of huisgenoot hebt, vraag hem/haar dan hoe vaak je in de voorbije maand last had van ...

|                                                         | Niet tijdens de<br>voorbije maand | Minder dan<br>éénmaal per week | Eén- of tweemaal<br>per week | Driemaal of<br>meer per week |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a. Luid snurken                                         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| b. Lange pauzes tussen ademhalingen in je slaap         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| c. Trillende of schokkende benen in je slaap            | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| d. Episodes van desoriëntatie of verwarring in je slaap | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| e. Andere rusteloosheid in je slaap.                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |

Omschrijf aub: \_\_\_\_\_

**We bedanken je van harte voor je medewerking!**