

Zelftest slaapstoornissen

Heeft u problemen met slapen en wilt u weten of u in aanmerking komt voor Meander Slaap Waak? Vul dan deze zelftest slaapstoornissen in, druk het resultaat af en ga er mee naar uw huisarts. Deze kan u verwijzen naar Meander Slaap Waak.

Er zijn zeer veel verschillende slaapstoornissen en diverse oorzaken kunnen hier aan ten grondslag liggen. Om slaapstoornissen goed te kunnen behandelen is het nodig te weten welke slaapstoornis bij u aanwezig is en in welke mate.

1. De belangrijkste slaapklacht, die meer dan een half jaar aanwezig is:

- Moeite met 's avonds in slaap vallen

- 's Nachts vaak wakker worden

- Grote moeite met wakker worden 's morgens

- Overdag gemakkelijk in slaap vallen

- Rusteloze benen (restless legs)

- De combinatie van:
 - hevig snurken
 - 's nachts vaak kortdurend stokkende ademhaling
 - overdag gemakkelijk in slaap vallen / erg moe

2. Tevens heb ik last van (geef aan in hoeverre u problemen hebt)

	Geen	Nauwelijks	Beetje	Regelmatig	Veel
A. Moeite met inslapen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Moeite met doorslapen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. Moeite met wakker worden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. Overdag makkelijk in slaap vallen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E. Rusteloze benen (Restless legs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F. Hevig snurken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G. 's Nachts stopt de ademhaling vaak kortdurend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H. 's Nachts malen allerlei gedachten door het hoofd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I. Moe overdag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Ik heb een spierziekte:

- Ja Nee

4. Bij mij is/was sprake van epilepsie:

- Ja Nee

5. Bij mij is de diagnose ADHD gesteld :

- Ja Nee

6. Heeft u dit formulier ingevuld voor iemand die blind is?

- Ja Nee

7. Zijn de slaapproblemen ontstaan na een whiplash-ongeluk?

- Ja Nee

8. Heeft u gedragingen die in de slaap niet thuis horen zoals tandenknarsen, hoofdbonken, slaapwandelen?:

- Nee Soms Vaak

9. Doet u werk in ploegendienst?:

- Nee Soms Vaak

10. Geslacht:

- Vrouw Man

11. Geboorte datum (d-m-jjjj):

- -

12. Mijn lengte (in centimeters):

cm

13. Mijn gewicht (in kilogrammen):

kg