

## Vragenlijst duizeligheid

### Keel-, Neus- en Oorheelkunde

Ruimte voor sticker patiëntengegevens

Wij willen graag meer informatie verzamelen over duizeligheid. Wilt u voor ons onderstaande vragenlijst invullen, doorhalen wat niet van toepassing is en de overige vragen zo kort mogelijk beantwoorden? De vragenlijst bevat 6 pagina's, het invullen neemt tien tot twintig minuten in beslag.

1. Welke van de onderstaande beschrijvingen vindt u passen bij uw duizeligheidsklachten?  
(maximaal twee aankruisen)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> zweverig          | <input type="checkbox"/> onzeker           | <input type="checkbox"/> licht          |
| <input type="checkbox"/> draaiduizeligheid | <input type="checkbox"/> stuurloosheid     | <input type="checkbox"/> dronken gevoel |
| <input type="checkbox"/> valneiging        | <input type="checkbox"/> anders, nl. _____ |   |

2. Wanneer begonnen de duizeligheidsklachten precies?

\_\_\_\_\_

3. Zijn de klachten acuut begonnen of geleidelijk ontstaan?

\_\_\_\_\_

4. Was er een concrete aanleiding?  nee  ja\*

\*Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

Is de duizeligheid vrijwel continu (de hele dag) aanwezig?  nee  ja

5. Komt de duizeligheid alleen in aanvallen?  nee  ja

6. Hoe vaak heeft u een aanval van duizeligheid gehad? \_\_\_\_\_ keer

7. Is de duizeligheid zowel continu als aanvalsgewijs aanwezig?  nee  ja

8. Hoe lang duurt een aanval gemiddeld? \_\_\_\_\_ min/uur
9. Hoe vaak treden de duizeligheidsaanvallen op? \_\_\_\_\_x per dag  
 \_\_\_\_\_x keer per maand  
 \_\_\_\_\_x keer per jaar
10. Heeft u bij een duizeligheidsaanval draaigevoelens?  nee  ja\*  
 \*Zo ja, welke kant op?  naar links  naar rechts  draait zelf  omgeving draait
11. Als u een duizeligheidsaanval hebt, heeft u dan het gevoel te vallen?  nee  ja\*  
 \*Zo ja, naar welke kant?  naar links  naar rechts  naar voren  naar achteren
12. Gaat de duizeligheid gepaard met misselijkheid?  nee  ja
13. Gaat de duizeligheid gepaard met braken?  nee  ja
14. Waardoor wordt - volgens u - een aanval veroorzaakt?  
 Door: \_\_\_\_\_
15. Wordt u vooral duizelig door bepaalde hoofd- of lichaamsbewegingen?  nee  ja
16. Bent u vooral duizelig als u 's morgens in bed overeind gaat zitten?  nee  ja
17. Bent u vooral duizelig na lang staan?  nee  ja
18. Heeft u bij staan of lopen een valneiging of wordt u naar een kant getrokken?  nee  ja  
 \*Zo ja, naar welke kant?  naar links  naar rechts  naar voren  naar achteren
19. Heeft u last van wagen-, lucht en / of zeeziekte?  nee  ja
20. Heeft u vroeger een ooroperatie gehad?  nee  ja\*  
 \*Zo ja, welk oor?  linkeroor  rechteroor  beide oren
21. Heeft u een trommelvliesbuisje of een gaatje in uw trommelvlies?  nee  ja\*  
 \*Zo ja, welk oor?  linkeroor  rechteroor  beide oren
22. Heeft u recent een loopoor gehad?  nee  ja\*  
 \*Zo ja, welk oor?  linkeroor  rechteroor  beide oren
23. Heeft u een verstopt / vol gevoel in uw oren als u duizeligheidsklachten heeft?  nee  ja\*  
 \*Zo ja, welk oor?  linkeroor  rechteroor  beide oren

24. Heeft u de indruk dat uw gehoor verandert (slechter of beter) als u duizelig bent of bent geweest?  nee  ja\*
- \*Zo ja, welk oor?*  linkeroor  rechteroor  beide oren
25. Heeft u last van oorsuizen (fluiten, brommen, etc.)?  nee  ja\*
- \*Zo ja, welk oor?*  linkeroor  rechteroor  beide oren
26. Neemt het suizen ook toe vlak voor, tijdens of na een aanval van duizeligheid?  nee  ja\*
27. Is uw gehoor in één of beide oren minder?  nee  ja\*
- \*Zo ja, welk oor?*  linkeroor  rechteroor  beide oren
28. Heeft u ooit schedel- / hersenletsel gehad? (bijv. een hersenschudding)  nee  ja\*
- \*Zo ja, jaartal:* \_\_\_\_\_
29. Als u duizelig bent, heeft u dan de neiging flauw te vallen?  nee  ja
30. Heeft u last van dubbelzien?  nee  ja
31. Heeft u last van onduidelijk spreken?  nee  ja
32. Heeft u last van onzeker lopen?  nee  ja
33. Gaat de duizeligheid met (hevige) hoofdpijn gepaard?  nee  ja
34. Heeft u last van migraine?  nee  ja
35. Komt migraine in uw familie voor?  nee  ja
36. Treedt de duizeligheid op bepaalde dagen of in perioden op?  nee  ja\*
- \*Zo ja, wanneer?*  week  weekend  vakanties
37. Is er verband tussen de duizeligheidsklachten en de menstruatie(cyclus)?  nee  ja  niet van toepassing
38. Rookt u?  nee  ja\*
- \*Zo ja, hoeveel:* \_\_\_\_\_
39. Drinkt u alcohol?  nee  ja\*
- \*Zo ja, hoeveel en wat:* \_\_\_\_\_ glazen per dag / week / maand
40. Welke medicijnen gebruikt u (of heeft u tot voor kort gebruikt)?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



41. Is uw medicijngebruik gewijzigd vlak voor uw duizeligheidsklachten?  nee  ja
42. Heeft u de indruk dat u duizelig wordt na het innemen van uw medicijnen?  nee  ja
43. Als u duizelig bent, heeft u dan wel eens het gevoel of de angst buiten bewustzijn te raken?  nee  ja
44. Heeft u vaak een slechte nachtrust?  nee  ja
45. Heeft u recent hartproblemen gehad?  nee  ja
46. Heeft u speciale ziektes doorgemaakt of bijzondere operaties ondergaan?  nee  ja\*

\*Zo ja, welke: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

47. Welk beroep oefent u uit of heeft u uitgeoefend?

\_\_\_\_\_

48. Welke sport beoefent u en / of welke hobby's heeft u?

\_\_\_\_\_

Ruimte voor notities of informatie die u zelf van belang vindt:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Het doel van onderstaande vragenlijst is nevensymptomen of bijverschijnselen te ontdekken om de oorzaak van uw duizeligheidsklachten te achterhalen.

Wilt u onderstaande vragen allemaal beantwoorden?

Kruis hiervoor het beoogde vakje aan; u mag slechts één vakje per vraag aankruisen.

49	Heeft u wel eens last van:	nooit	zelden	soms	vaak	zeer vaak
a.	pijnlijke steken in de borst?					
b.	benauwd gevoel op de borst of rond de borst?					
c.	bonzen van het hart?					
d.	gespannenheid?					
e.	duizeligheid?					
f.	een snellere of diepere ademhaling?					
g.	ademnood?					
h.	niet voldoende diep door kunnen ademen?					
i.	opgeblazen gevoel in de buik?					
j.	tintelingen in de vingers?					
k.	een waas voor de ogen?					
l.	stijfheid van vingers of armen?					
m.	stijfheid rond de mond?					
n.	koude handen of voeten					
o.	angstig gevoel?					
p.	in de war zijn, of het gevoel hebben het normale contact met de omgeving te verliezen?					

**Zelden:** minder dan 1 à 2 keer per maand;

**Soms:** 1 à 2 keer per maand;

**Vaak:** 1 à 2 keer per week;

**Zeer vaak:** meerdere keren per week / iedere dag.

50	Vragen naar aanleiding van uw duizeligheidsklachten	Vaak	Soms	Nooit
P1	Verergeren uw klachten bij omhoog kijken?			
E2	Voelt u zich gefrustreerd?			
F3	Worden uw privé- of dienstreizen beperkt door uw duizeligheidsklachten?			
P4	Verergeren uw klachten bij lopen door het gangpad van de supermarkt?			
F5	Heeft u moeite met uit bed gaan?			
F6	Worden uw sociale activiteiten beperkt door uw klachten? (uit eten, naar de film, dansen, naar een verjaardag / feestje gaan)			
F7	Heeft u moeite met lezen?			
P8	Verergeren uw klachten bij meer belastende activiteiten zoals sport, dansen en huishoudelijk werk (vegen, dweilen, de vaat opruimen, etc.)?			
E9	Bent u bang om zonder metgezel (alleen) het huis uit te gaan?			
E10	Bent u bij anderen in verlegenheid gebracht?			
P11	Verergeren uw klachten bij snelle hoofdbewegingen?			
F12	Vermijdt u hoogten?			
P13	Verergeren uw klachten bij het omdraaien in bed?			
F14	Is het moeilijk voor u inspannend werk in huis of tuin te verrichten?			
E15	Bent u bang dat mensen zullen denken dat u dronken bent?			
F16	Is het moeilijk voor u om in uw eentje een wandeling te maken?			
P17	Verergeren uw klachten bij lopen op het trottoir?			
E18	Is het moeilijk voor u om u te concentreren?			
F19	Is het moeilijk voor u om in het donker door het huis te lopen?			
E20	Bent u bang om alleen thuis te zijn?			
E21	Voelt u zich gehandicapt door uw klachten?			
E22	Hebben uw klachten tot stress of spanning geleid in uw relatie met familie of vrienden?			
E23	Bent u depressief vanwege uw klachten?			
F24	Beïnvloeden uw klachten uw taken binnen uw werk of huishoudelijke activiteiten?			
P25	Verergeren uw klachten bij vooroverbuigen?			

Score (in te vullen door medewerker DPT): T P F E