

Hartelijk dank voor uw aanmelding voor een onderzoek en eventuele behandeling bij Gnathologie Dental Care Utrecht. Met deze brief informeren wij u graag over de bijbehorende procedures. We adviseren u daarom om deze brief zorgvuldig te bewaren.

Hieronder vindt u een overzicht van de procedures die deel uitmaken van het eerste onderzoek, inclusief de mogelijke kosten, en een korte toelichting op de behandelmogelijkheden binnen onze praktijk.

De '**Diagnostische Vragenlijst**' is bedoeld om de tandarts inzicht te geven in uw klacht(en) waarvoor u behandeling zoekt. De vragenlijst verzamelt ook informatie over verschillende factoren die mogelijk bijdragen aan deze klacht(en) en brengt uw medische achtergrond in kaart. Op basis van de gegevens uit de verwijfsbrief en deze vragenlijst bepaalt de tandarts welke aanpak het meest geschikt is om uw klacht(en) te behandelen. Daarom is het van belang dat u de vragenlijst invult via **Adobe Reader** en **vóór het klinisch onderzoek stuurt via mail**. Het invullen van de vragenlijst is noodzakelijk om een eerste afspraak te plannen. Na ontvangst van de vragenlijst nemen wij contact met u op om een afspraak in te plannen.

Procedures

Voor een soepele gang van zaken vragen wij u rekening te houden met de volgende punten:

- Dit consult is bedoeld om een diagnose te stellen. Als er aanvullend onderzoek nodig blijkt te zijn of als er wordt overgegaan tot behandeling, zullen we vervolgspraken met u plannen.
- Heeft u pijnklachten in het kauwstelsel? Dan vragen wij u om ten minste 8 uur voorafgaand aan het onderzoek geen **pijnstillers** in te nemen.
- Indien u een **splint/opbeetplaat** heeft, zou u deze kunnen meenemen naar de afspraak?
- Kunt u een afspraak niet nakomen? Laat dit ons dan uiterlijk 48 uur van tevoren telefonisch weten via 030 252 03 59 (maandag – vrijdag).
- Afspraken die niet worden nagekomen zonder afmelding, worden in rekening gebracht. Indien u twee keer zonder bericht niet verschijnt, zijn wij genoodzaakt de behandeling te stoppen.

U treft in dit bericht het kostenoverzicht aan van het diagnostisch consult en van een eventuele behandeling.

Voor eventuele vragen kunt u ons bereiken via 030 252 03 59, of door een e-mail te sturen naar info@gnathologiedcu.nl.

Hopende u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Anna Koevoets

Tandarts – gnatholoog

BIG-nummer: 79929027002

&

Maryam Raof

Tandarts - gnatholoog, tandarts - endodontoloog

BIG-nummer: 89927604202

Voor 2026 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de tariefstructuur voor tandheelkundige behandelingen vastgesteld, met de daarbij behorende tarieven.

Diagnostisch consult voor Temporomandibulaire Disfunctie en Orofaciale pijn.

De kosten van het eerste onderzoek:

Inbegrepen zijn:

- Kaakoverzichtsfoto,prestatiecode X21: € 90,02
- Functieonderzoekkouwstelsel, prestatiecode G21: € 135,03
- Verlengdonderzoek OPD, prestatiecode G22: € 270,06

* Eventuele extra kosten zullen altijd aan u worden meegedeeld. Voor kinderen en jongeren tot 18 jaar vergoedt de basisverzekering de meeste tandartskosten.

De vergoeding van het diagnostisch consult hangt af van de polisvoorwaarden van uw zorgverzekeraar. Na het eerste onderzoek bestaat de mogelijkheid dat de kosten vanuit de basisverzekering worden vergoed, waarvoor een machtiging bij uw zorgverzekeraar zal worden aangevraagd. Voor specifieke vragen over de vergoeding en eventuele eigen bijdrage of eigen risico adviseren wij u contact op te nemen met uw zorgverzekeraar.

Voordat u de vragenlijst gaat invullen, verzoeken wij u om een handtekening te plaatsen. De intake afspraak kan alleen worden ingepland indien u akkoord gaat met de eventuele kosten.

U heeft de informatie over de kosten voor de kliniek Orofaciale Pijn en Disfunctie gelezen en u staat garant voor de kosten van het eerste onderzoek. Indien u de bladzijde niet ondertekent, kan de eerste afspraak niet doorgaan.

- 1 Ik heb bovenstaande gelezen en ben akkoord
- 2 Ik geef toestemming dat gegevens betreffende de diagnostiek en behandelplanning worden uitgewisseld met mijn tandarts, huisarts en /of andere verwijzer.
- 3 Ik geef toestemming dat gegevens betreffende psychosociale gegevens worden uitgewisseld met mijn huisarts en behandelaren binnen een eventueel behandeltraject voor de klachten, zodat ik de best mogelijke zorg kan ontvangen.
- 4 Voor een zo zorgvuldig en volledig mogelijk consultverslag geef ik toestemming om tijdens de consulten gebruik te maken van audio-opname en automatische transcriptie. Dit helpt om mijn verhaal en klachten nauwkeurig vast te leggen. De audio-opname en transcriptie worden na het consult verwijderd; alleen het definitieve verslag blijft onderdeel van mijn dossier.
- 5 Ik ga akkoord met het anonieme gebruik van de gegevens uit deze vragenlijst en uit het klinische onderzoek ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek.

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Datum:

Handtekening patiënt:

Contactgegevens behandelaars

Naam tandarts	
Adres tandarts	
E-mailadres tandarts	
Naam huisarts	
Adres huisarts	
E-mailadres huisarts	

Voorgaande behandelingen

Heeft u eerder behandelingen gehad voor de klacht waarvoor u zich heeft aangemeld?	
Soort behandeling of specialist	
Van wanneer tot wanneer	
Effectiviteit	
Soort behandeling of specialist	
Van wanneer tot wanneer	
Effectiviteit	
Soort behandeling of specialist	
Van wanneer tot wanneer	
Effectiviteit	
Soort behandeling of specialist	
Van wanneer tot wanneer	
Effectiviteit	
Soort behandeling of specialist	
Van wanneer tot wanneer	
Effectiviteit	

Heeft u ooit psychologische begeleiding of therapie gehad?	
Een psycholoog of psychiater?	
Van wanneer tot wanneer?	

Gezondheidsvragenlijst mondzorg – volwassenen

man/vrouw

Waarom is een gezondheidsvragenlijst belangrijk voor uw tandarts en mondhygiënist? Klachten in de mond kunnen veroorzaakt worden door ziekte of medicijngebruik. Als u ziek bent of medicijnen gebruikt kan dit een beperking zijn voor de tandheelkundige behandeling of een aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is belangrijk dat uw tandarts hier rekening mee houdt. Informeer uw tandarts altijd als er iets is gewijzigd in uw gezondheid of uw medicijngebruik. Uw gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim en worden daarom vertrouwelijk behandeld. Neem bij elk bezoek aan uw tandarts een recent medicatieoverzicht mee. U kunt een recent overzicht aan uw apotheker vragen.

Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?	Nee	Ja> zo ja, wat?
Bent u ergens allergisch voor?	Nee	Ja > waarvoor?
Heeft u een hartinfarct gehad?	Nee	Ja > wanneer?
Heeft u last van hartkloppingen?	Nee	Ja
Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?	Nee	Ja> wat is uw bloeddruk? Onderdruk: Bovendruk:
Heeft u pijn op de borst bij inspanning?	Nee	Ja
Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?	Nee	Ja
Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?	Nee	Ja
Heeft u een aangeboren hartafwijking?	Nee	Ja
Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator	Nee	Ja
Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	Nee	Ja
Heeft u epilepsie, vallende ziekte?	Nee	Ja
Heeft u wel eens een hersenbloeding, beroerte of TIA gehad?	Nee	Ja
Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	Nee	Ja
Heeft u suikerziekte?	Nee	Ja > gebruikt u hier iets voor?
Heeft u bloedarmoede?	Nee	Ja
Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie?	Nee	Ja
Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)?	Nee	Ja
Heeft u een nierziekte?	Nee	Ja
Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	Nee	Ja
Heeft u een kunstgewricht?	Nee	Ja
Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals?	Nee	Ja
Rookt u en/of gebruikt u een e-smoker/vape?	Nee	Ja > hoeveel per dag?
Gebruikt u drugs?	Nee	Ja > welke?

Gebruikt u alcohol?	Nee	Ja
Vrouwen: Bent u zwanger?	Nee	Ja
Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?	Nee	Ja > Welke?
Heeft u in het verleden een geneesmiddel gebruikt tegen o.a. botontkalking (een bisfosfonaat of denosumab)?	Nee	Ja > Welke?
Gebruikt u medicijnen?	Nee	Ja > Welke?

Datum:

VRAGENLIJST VOOR KAAKPIJN

1. Hoe lang heeft u gedurende de afgelopen 30 dagen pijn in uw kaak of slaapstreek gehad?
 - a. Ik heb geen pijn gehad
 - b. De pijn duurde van heel kort tot langer dan een week, maar stopte wel
 - c. Ik heb continu pijn gehad

2. Heeft u gedurende de afgelopen 30 dagen pijn of stijfheid in uw kaak gehad bij het wakker worden?
 - a. Nee
 - b. Ja

3. Hebben de volgende activiteiten gedurende de afgelopen 30 dagen de pijn in uw kaak of slaapstreek verminderd of verergerd:
 - A. Kauwen op hard of taai voedsel?
 - a. Nee, onveranderd
 - b. Ja, verminderd
 - c. Ja, verergerd

 - B. Het openen van uw mond of het bewegen van uw kaak naar voren of opzij?
 - a. Nee, onveranderd
 - b. Ja, verminderd
 - c. Ja, verergerd

 - C. Mondgewoontes zoals de tanden en kiezen op elkaar houden, klemmen, knarsen of kauwgom kauwen?
 - a. Nee, onveranderd
 - b. Ja, verminderd
 - c. Ja, verergerd

 - D. Andere kaakactiviteiten zoals praten, zoenen of gapen?
 - a. Nee, onveranderd
 - b. Ja, verminderd
 - c. Ja, verergerd

Diagnostische Criteria voor Temporomandibulaire Disfunctie DC-TMD SQ-NL

Klacht(en) waarvoor ik hulp zoek:

PIJN

1. Heeft u ooit pijn gehad in uw kaak, slaapstreek, in het oor, of vóór het oor aan één of beide kanten? **Nee** **Ja**

Als u NEE heeft geantwoord, ga door met vraag 5.

2. Hoeveel jaar of maanden geleden kreeg u voor het eerst pijn in uw _____jaar _____maanden
kaak, slaapstreek, in het oor, of vóór het oor?

3. Welke van de volgende omschrijvingen past het best bij de pijn in uw kaak, slaapstreek, in het oor of vóór het oor aan één of beide kanten, gedurende de afgelopen 30 dagen?
- Geen pijn
 De pijn komt en gaat
 De pijn is altijd aanwezig

Kies ÉÉN antwoord.

Als u GEEN PIJN heeft geantwoord op Vraag 3, ga door met vraag 5.

4. Waren de volgende activiteiten, gedurende de afgelopen 30 dagen, van invloed op uw pijn (dat wil zeggen: het beter of erger gemaakt) in uw kaak, slaapstreek, in het oor of vóór het oor aan één of beide kanten?

	Nee	Ja
A. Kauwen van hard of taai voedsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Uw mond openen of uw onderkaak naar voren of opzij bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Mondgewoonten zoals uw tanden en kiezen op elkaar houden, klemmen of knarsen met uw tanden en kiezen, of kauwgum kauwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Andere mondactiviteiten zoals praten, zoenen of geeuwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HOOFDPIJN

5. Heeft u gedurende de afgelopen 30 dagen hoofdpijn gehad waarbij de slaapstreken van uw hoofd betrokken waren? **Nee** **Ja**

Als u NEE heeft geantwoord op Vraag 5, ga door met Vraag 8.

6. Hoeveel jaar of maanden geleden kreeg u voor het eerst hoofdpijn in uw slaapstreek? _____jaar _____maanden

7. Waren de volgende activiteiten, gedurende de afgelopen 30 dagen, van invloed op uw hoofdpijn (dat wil zeggen: het beter of erger gemaakt) in uw slaapstreek aan één of beide kanten?

	Nee	Ja
A. Kauwen van hard of taai voedsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Uw mond openen of uw onderkaak naar voren of opzij bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Mondgewoonten zoals uw tanden en kiezen op elkaar houden, klemmen of knarsen met uw tanden en kiezen, of kauwgum kauwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Andere mondactiviteiten zoals praten, zoenen of geeuwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KAAKGEWRICHTSGELUIDEN

Office use

- | | Nee | Ja | R | L | DNK |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Waren er, gedurende de afgelopen 30 dagen, gewrichtsgeluiden bij het bewegen of gebruiken van uw onderkaak? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

'CLOSED LOCK'

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Heeft uw onderkaak <u>ooit</u> "op slot" of vastgezet, zelfs al was het maar heel even, waardoor uw mond <u>niet</u> VOLLEDIG open kon? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Als u NEE heeft geantwoord op Vraag 9, ga door met Vraag 13.

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Was het 'op slot' of vastzitten van de kaak zo erg dat u een beperkte mondopening had en minder goed kon eten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Heeft uw onderkaak gedurende de afgelopen 30 dagen "op slot" gezeten waardoor u uw mond <u>niet</u> VOLLEDIG kon openen, al was het maar heel even, om vervolgens los te komen zodat u wel VOLLEDIG kon openen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Als u NEE heeft geantwoord op Vraag 11, ga door met Vraag 13.

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Zit uw onderkaak op dit moment "op slot" of is de beweging beperkt waardoor uw mond <u>niet</u> VOLLEDIG open kan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

'OPEN LOCK'

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Heeft uw onderkaak gedurende de afgelopen 30 dagen "op slot" of vastgezet, al was het maar heel even, als u uw mond <u>wijd</u> opende, waardoor u uw mond <u>niet kon sluiten</u> vanuit deze wijd geopende positie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Als u NEE heeft geantwoord op Vraag 13 dan bent u klaar met deze lijst.

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. Gedurende de afgelopen 30 dagen, als uw onderkaak bij wijd geopende mond "op slot" of vast zat, moest u dan iets doen om de mond weer te kunnen sluiten, zoals rusten, bewegen, duwen of manoeuvreren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

GCPS 2.0-NL

1. Hoeveel dagen heeft u, gedurende de **afgelopen 6 maanden**, pijn in uw gezicht gehad? _____ Dagen
2. Welk cijfer zou u geven aan de pijn in uw gezicht die u **OP DIT MOMENT** voelt? Geef een cijfer tussen 0 en 10, waarbij 0 "geen pijn" betekent en 10 "ergst mogelijke pijn".

Geen pijn De ernstigste mogelijke pijn

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Welk cijfer zou u geven aan de **ERGSTE** pijn in uw gezicht die u gedurende de AFGELOPEN 30 DAGEN heeft gevoeld? Geef een cijfer tussen 0 en 10, waarbij 0 "geen pijn" betekent en 10 "ergst mogelijke pijn".

Geen pijn De ernstigste mogelijke pijn

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Hoe beoordeelt u de **GEMIDDELDE** pijn in uw gezicht die u gedurende de AFGELOPEN 30 DAGEN ondervond? Gebruik dezelfde schaal, waarbij 0 "geen pijn" betekent en 10 "ergst mogelijke pijn". [Dat wil zeggen, uw gebruikelijke pijn op de momenten dat u pijn ondervond.]

Geen pijn De ernstigste mogelijke pijn

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Geef het aantal dagen aan waarop u gedurende de AFGELOPEN 30 DAGEN vanwege pijn in uw gezicht uw **NORMALE ACTIVITEITEN** (werk, school, huishoudelijk werk) niet heeft kunnen uitvoeren.

<u>Dagen</u>	Geen	1	2	3	4	5	6	7	8-20	21-25	26-30
<i>(Score)</i>	<i>(0)</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>	<i>(5)</i>	<i>(6)</i>	<i>(7)</i>	<i>(8)</i>	<i>(9)</i>	<i>(10)</i>

6. In welke mate heeft de pijn in uw gezicht u gedurende de AFGELOPEN 30 DAGEN gehinderd bij uw **DAGELIJKSE ACTIVITEITEN**? Geef een cijfer tussen 0 en 10, waarbij 0 "geen hinder" betekent en 10 "niet in staat tot enigerlei activiteit".

Geen hinder Niet in staat tot enigerlei activiteit

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. In welke mate heeft de pijn in uw gezicht u gedurende de AFGELOPEN 30 DAGEN gehinderd bij uw **VRIJETIJD-, SOCIALE EN GEZINSACTIVITEITEN**? Gebruik dezelfde schaal, waarbij 0 "geen hinder" betekent en 10 "niet in staat tot enigerlei activiteit".

Geen hinder Niet in staat tot enigerlei activiteit

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. In welke mate heeft de pijn in uw gezicht u gedurende de AFGELOPEN 30 DAGEN gehinderd bij uw **VERMOGEN OM TE WERKEN**, inclusief huishoudelijk werk? Gebruik dezelfde schaal, waarbij 0 "geen hinder" betekent en 10 "niet in staat tot enigerlei activiteit".

Geen hinder Niet in staat tot enigerlei activiteit

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pain intensity score

Pain interference score

Alleen het Adobe-programma berekent automatisch de scores van de vragenlijsten.

JFLS-8-NL

Geef voor elk van onderstaande activiteiten de mate van beperking aan **gedurende de afgelopen maand**. Als de activiteit volledig is vermeden omdat het te moeilijk was, omcirkel dan '10'. Als u een activiteit vermijdt om een andere reden dan pijn of moeite, vul dan niets in.

	Geen beperking										Ernstige beperking	
1.	Kauwen van taai voedsel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Kauwen van kippenvlees (bijvoorbeeld bereid in de oven)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Eten van zacht voedsel dat niet gekauwd hoeft te worden (bijvoorbeeld aardappelpuree, appelmoes, pudding, gepureerd voedsel)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	De mond ver genoeg openen om uit een kopje te drinken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Slikken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Geeuwen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Praten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Glimlachen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Alleen het Adobe-programma berekent automatisch de scores van de vragenlijsten; anders kan u ze zelf optellen.

Totaal

GAD - 7

Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van één of meer van de volgende problemen? Plaats een kruisje in het hokje om uw antwoord aan te geven.

	Helemaal niet	Verscheidene dagen	Meer dan de helft van de dagen	Bijna elke dag
	0	1	2	3
1. U nerveus, angstig of gespannen voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Niet kunnen stoppen met u zorgen maken of dit niet kunnen beteugelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. U te veel zorgen maken om verschillende dingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Moeite hebben u te ontspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zo rusteloos zijn dat het moeilijk is om stil te zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Snel geërgerd of geïrriteerd zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bang zijn dat er iets vreselijks zou kunnen gebeuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTALE SCORE =

Alleen het Adobe-programma berekent automatisch de scores van de vragenlijsten; anders kan u ze zelf optellen.

Als u enig probleem hebt aangekruist, hoe moeilijk maakten deze problemen het dan voor u om uw werk of uw taken in en om het huis te doen, of om met andere mensen om te gaan?

Helemaal
niet moeilijk

Enigszins
moeilijk

Erg moeilijk

Extreem
moeilijk

Patiënten Gezondheidsvragenlijst - 9

Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van één of meer van de volgende problemen? Plaats een kruisje in het hokje om uw antwoord aan te geven.

	Helemaal niet	Verscheidene dagen	Meer dan de helft van de dagen	Bijna elke dag
	0	1	2	3
1. Weinig interesse of plezier in activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zich somber, depressief of hopeloos voelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Moeilijk inslapen, moeilijk doorslapen, of te veel slapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zich moe voelen of gebrek aan energie hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Weinig eetlust of overmatig eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Een slecht gevoel hebben over uzelf – of het gevoel hebben dat u een mislukking bent of het gevoel dat u zichzelf of uw familie teleurgesteld hebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Problemen om u te concentreren, bijvoorbeeld om de krant te lezen of om tv te kijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Zo traag bewegen of zo langzaam spreken dat andere mensen dit opgemerkt kunnen hebben? Of het tegenovergestelde – zo zenuwachtig of rusteloos zijn dat u veel meer beweog dan gebruikelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. De gedachte dat u beter dood zou kunnen zijn of de gedachte uzelf op een bepaalde manier pijn te doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTALE SCORE =

Als u enig probleem hebt aangekruist, hoe moeilijk maakten deze problemen het dan voor u om uw werk of uw taken in en om het huis te doen, of om met andere mensen om te gaan?

Helemaal
niet moeilijk

Enigszins
moeilijk

Erg moeilijk

Extreem
moeilijk

Copyright Pfizer Inc. Geen toestemming nodig om te reproduceren, te vertalen, te vertonen of te verspreiden..

Alleen het Adobe-programma berekent automatisch de scores van de vragenlijsten; anders kan u ze zelf optellen.

Patiënten Gezondheidsvragenlijst-15: Lichamelijke Symptomen

Hoeveel last hebt u in de afgelopen 4 weken gehad van één of meer van de volgende problemen? Plaats een kruisje in het hokje om uw antwoord aan te geven.

	Geen last	Een beetje last	Veel last
	0	1	2
1. Buikpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rugpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pijn in uw armen, benen, of gewrichten (knieën, heupen, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Menstruatiepijn of andere problemen tijdens de menstruatie (alleen vrouwen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pijn in de borstkas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Flauwvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Uw hart voelen bonzen of snel kloppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kortademigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pijn of problemen bij seksuele gemeenschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Verstopping (obstipatie), dunne ontlasting of diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Misselijkheid, opgeblazen gevoel of problemen met de spijsvertering (indigestie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Zich moe voelen of gebrek aan energie hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Moeite met slapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTALE SCORE =

Copyright Pfizer Inc. Geen toestemming nodig om te reproduceren, te vertalen, te vertonen of te verspreiden..

Alleen het Adobe-programma berekent automatisch de scores van de vragenlijsten; anders kan u ze zelf optellen.

Vragenlijst orale activiteiten

Hoe vaak voert u ieder van de onderstaande activiteiten uit? Baseer uw antwoorden op **de afgelopen maand**. Als de frequentie van de activiteit varieert, kies dan de hoogste optie. Zet een vinkje (✓) bij elk onderdeel en sla geen onderdelen over.

Activiteiten als u slaapt	Nooit	< 1 nacht/ maand	1-3 nachten/ maand	1-3 nachten/ week	4-7 nachten/ week
Tanden of kiezen op elkaar klemmen of knarsen als u slaapt , gebaseerd op welke informatie dan ook.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In een houding slapen waarbij druk wordt uitgeoefend op de kaak (bijvoorbeeld, op uw buik of uw zij).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activiteiten als u wakker bent	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Tandenknarsen als u wakker bent .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanden of kiezen op elkaar klemmen als u wakker bent .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw tanden of kiezen op elkaar duwen, elkaar laten raken, of op elkaar houden, terwijl u niet aan het eten bent (dus contact tussen boven- en ondergebit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw kauwspieren aanspannen of strak houden zonder uw tanden of kiezen op elkaar te klemmen of te houden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De kaak naar voren of naar opzij houden of duwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw tong hard tegen uw tanden of kiezen duwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw tong tussen uw tanden of kiezen leggen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Op uw tong, wangen of lippen bijten of kauwen, of ermee spelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De kaak in een starre of gespannen positie houden, alsof u de kaak schrap zet of beschermt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voorwerpen zoals haar, pijp, potlood, pen, vingers, nagels, etc. tussen uw tanden of kiezen houden, of erop bijten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kauwgom kauwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Op een muziekinstrument spelen waarbij uw mond of kaak betrokken zijn (bijvoorbeeld: houten of koperen blaasinstrumenten, strijkinstrumenten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Met uw kaak of kin op uw hand leunen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voedsel alleen aan één kant kauwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eten tussen de maaltijden door (voedsel dat gekauwd moet worden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langdurig praten (bijvoorbeeld bij lesgeven, verkoop, of klantenservice).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gapen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De telefoon tussen hoofd en schouders houden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Epworth Sleepiness Scale (ESS)

Hoe waarschijnlijk is het dat u indut of in slaap valt, in plaats van u alleen maar moe te voelen, in de hierna genoemde situaties? Het gaat hier over uw gebruikelijke manier van leven de laatste tijd. Als u een van de situaties de laatste tijd niet gedaan heeft, probeert u zich dan toch voor te stellen wat hun uitwerking op u geweest zou zijn.

Gebruik de volgende schaal en kies het meest toepasselijke cijfer voor elke situatie:

- 0 = **geen** kans op in slaap vallen/indutten bij deze situatie
- 1 = **kleine** kans op in slaap vallen/indutten bij deze situatie
- 2 = **gemiddelde** kans op in slaap vallen/indutten bij deze situatie
- 3 = ik slaap/dut **altijd** in deze situatie

Kruis het getal aan dat het best past bij uw toestand in die situatie.

Situatie	Kans op indutten			
	0	1	2	3
<i>Wanneer ik zit of zit te lezen</i>				
<i>Wanneer ik TV kijk</i>				
<i>Wanneer ik me in een publieke omgeving bevind (bijv. schouwburg, vergadering)</i>				
<i>Wanneer ik een uur lang zonder onderbreking als passagier in een auto zit</i>				
<i>Wanneer ik 's middags even ga liggen rusten als de omstandigheden het toelaten</i>				
<i>Wanneer ik met iemand zit te praten</i>				
<i>Wanneer ik op mijn gemak zit na een lunch zonder alcohol</i>				
<i>Wanneer ik in de auto zit, terwijl ik enkele minuten stilsta in het verkeer</i>				

Trauma Screening Questionnaire (TSQ)

	Nee	Ja
<p><i>Heeft u ooit in uw leven een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt?</i></p> <p><i>Bijvoorbeeld: ineen levensbedreigende situatie terecht komen door een ramp, een ernstig ongeluk of een brand, bedreigd of aangevallen worden, aangerand of verkracht worden, zien dat iemand vermoord wordt, of dood is, of ernstig gewond is, horen dat er iets afschuwelijks is gebeurd met een dierbare.</i></p>		
<p><i>Zo ja, wanneer heeft deze traumatische gebeurtenis plaatsgevonden?</i></p>		

Deze vragenlijst gaat over uw persoonlijke reactie indien u een traumatische gebeurtenis heeft meegemaakt. Onderstaande vragenlijst hoeft u alleen in te vullen als u op de eerste vraag hierboven 'ja' heeft beantwoord. Geef aan (ja / nee) of je tenminste **2 maal** in de **afgelopen week** het volgende hebt ondervonden.

Situatie	Nee	Ja
<i>Verontrustende gedachten of herinneringen aan de gebeurtenis die in uw hoofd opkomen tegen u wil?</i>		
<i>Verontrustende dromen over de gebeurtenis?</i>		
<i>U gedragen of voelen alsof de gebeurtenis opnieuw plaatsvindt?</i>		
<i>Van streek raken door dingen die u aan de gebeurtenis herinneren</i>		
<i>Lichamelijke reacties (zoals snelle hartslag, steen in de maag, zweten of duizeligheid) wanneer u herinnerd wordt aan de gebeurtenis</i>		
<i>Moeilijk in slaap kunnen komen of te vroeg wakker worden</i>		
<i>Geïrriteerdheid of woedeaanvallen</i>		
<i>Moeite hebben met concentreren</i>		
<i>Verhoogd bewustzijn van mogelijke gevaren voor uzelf en anderen</i>		
<i>Gespannen zijn of schrikken van iets onverwachts</i>		

Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Turner, S., & Foa, E. B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry, 181*, 158-162. <https://doi.org/10.1017/s0007125000161896>

Ten-Item Personality Inventory (TIPI)

Hieronder staan een aantal eigenschappen die u wel of niet kunnen beschrijven. Geef a.u.b. voor elk paar eigenschappen aan in hoeverre het op u van toepassing is. Ook als de ene eigenschap misschien meer van toepassing is dan de andere.

<i>Ik zie mijzelf als...</i>	Helemaal niet op mij van toepassing	Vrijwel niet op mij van toepassing	Weinig op mij van toepassing	Neutraal	Een beetje op mij van toepassing	Behoorlijk op mij van toepassing	Helemaal op mij van toepassing
<i>Extravert, enthousiast.</i>							
<i>Kritisch, ruziezoekend.</i>							
<i>Grondig, gedisciplineerd.</i>							
<i>Angstig, makkelijk van streek te brengen.</i>							
<i>Open voor nieuwe ervaringen, levendige fantasie.</i>							
<i>Gereserveerd, stil.</i>							
<i>Sympathiek, vriendelijk.</i>							
<i>Lui, gemakzuchtig.</i>							
<i>Kalm, emotioneel stabiel.</i>							
<i>Weinig artistieke interesse, weinig creatief.</i>							

Gosling S. D., Rentfrow P. J., Swann W. B. (2003). A very brief measure of the big-five personality domains. *J. Res. Pers.* 37, 504–528. doi: 10.1016/s0092-6566(03)00046-1

Coping Inventory for Stressful Situations (CISS-21)

Please read each of the following statements carefully and indicate how often you use this type of response when experiencing stressful situations. There are no right or wrong answers – please respond as honestly and spontaneously as possible.

	Not at all	Very little	Moderately	A lot	Very much
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. <i>Take some time off and get away from the situation</i>					
2. <i>Focus on the problem and see how I can solve it</i>					
3. <i>Blame myself for having gotten into this situation</i>					
4. <i>Treat myself to a favorite food or snack</i>					
5. <i>Feel anxious about not being able to cope</i>					
6. <i>Think about how I solved similar problems</i>					
7. <i>Visit a friend</i>					
8. <i>Determine a course of action and follow it</i>					
9. <i>Buy myself something</i>					
10. <i>Blame myself for being too emotional about the situation</i>					
11. <i>Work to understand the situation</i>					
12. <i>Become very upset</i>					
13. <i>Take corrective action immediately</i>					
14. <i>Blame myself for not knowing what to do</i>					
15. <i>Spend time with a special person</i>					
16. <i>Think about the event and learn from my mistakes</i>					
17. <i>Wish that I could change what had happened or how I felt</i>					
18. <i>Go out for a snack or meal</i>					
19. <i>Analyze my problem before reacting</i>					
20. <i>Focus on my general inadequacies</i>					
21. <i>Phone a friend</i>					

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6(1), 50–60. doi:10.1037/1040-3590.6.1.50

Overige opmerkingen:



Dank voor het invullen!



Pain intensity

Pain interference

GAD-7

PHQ-9

PHQ-15

OBC asleep

OBC awake

ESS

TSQ

Extraversion

Agreeableness

Conscientiousness

Emotional Stability

Openness to Experiences

Task-oriented coping

Emotion-oriented coping

Avoidance coping