



Vragenlijst slaap dd: ...../...../.....		indien Ja dan <input type="checkbox"/> aanvinken		.....= invullen	
Naam:.....		Geb.datum:...../...../.....		Lengte:.....cm Gewicht:.....kg	
Med. geschiedenis.	<input type="checkbox"/> Hart en vaatziekten <input type="checkbox"/> Suikerziekte <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk Operaties:..... Overige:.....				
Medicijnen	.....				
Aantal per dag	Thee:.....	Koffie:.....	Cola:.....	Alcohol:.....	Rookwaren:.....
Snurken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Houding: <input type="checkbox"/> vooral rugligging <input type="checkbox"/> alle houdingen Duur: <input type="checkbox"/> af en toe <input type="checkbox"/> hele nacht door Frequentie: ..... dagen per week Geluid: <input type="checkbox"/> zacht <input type="checkbox"/> luid <input type="checkbox"/> zeer luid Apart slapen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee				
Ademstops	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Houding: <input type="checkbox"/> alleen in rugligging Duur: <input type="checkbox"/> af en toe <input type="checkbox"/> hele nacht door				
Slaap	inslaaptijd: .....min slaapduur totaal: .....uur wakkerduur totaal: .....uur <input type="checkbox"/> vaak wakker <input type="checkbox"/> lang wakker				
Slaapbijzonderheden	<input type="checkbox"/> nachtmerries <input type="checkbox"/> schreeuwen/praten <input type="checkbox"/> slaapwandelen <input type="checkbox"/> paniekaanvallen <input type="checkbox"/> ademnood <input type="checkbox"/> bedplassen <input type="checkbox"/> schoppende bewegingen in bed <input type="checkbox"/> onrustige benen overdag <input type="checkbox"/> beenkriebels				
Opstaan	<input type="checkbox"/> doodmoe <input type="checkbox"/> fit <input type="checkbox"/> hoofdpijn				
Slaap overdag	<input type="checkbox"/> dutjes 's avonds <input type="checkbox"/> dutjes buitenshuis <input type="checkbox"/> slaperig op werk of in auto				
Indien overgewicht	<input type="checkbox"/> max. gewicht: .....kg <input type="checkbox"/> gewicht 20° jaar: .....kg <input type="checkbox"/> kunt u nog afvallen? <input type="checkbox"/> welke diëten heeft u gevolgd:.....				

Vragenlijst voor klachten van slaperigheid (Epworth Sleepiness Scale) <input type="checkbox"/> aanvinken				
De juiste antwoorden aanvinken				
Situatie:	Indutten tijdens:			
	Nooit	Af en toe	Vrij vaak	Altijd
Tijdens zitten of lezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij televisie kijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buitenshuis tijdens vergadering, bioscoop of cafébezoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tijdens een één uur durende autorit als bijrijder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rustig liggend, wanneer de omstandigheden slapen toestaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tijdens bezoek of een gesprek met iemand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In aansluiting aan de warme maaltijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In de auto tijdens wachten (voor een stoplicht of file)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>