

Ouderengeneeskunde

Algemene vragenlijst

Contactgegevens Alrijne Ziekenhuis

Alrijne Ziekenhuis Leiden
Houtlaan 55
2334 CK Leiden
071 517 8178

Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp
Simon Smitweg 1
2353 GA Leiderdorp
071 582 8282

Alrijne Ziekenhuis Alphen aan den Rijn
Meteoorlaan 4
2402 WC Alphen aan den Rijn
0172 467 467

We verzoeken u vriendelijk om deze vragenlijst in te vullen, eventueel samen met een naaste. Neem de vragenlijst weer mee als u naar het dagonderzoekscentrum of de polikliniek Ouderengeneeskunde in Alrijne Ziekenhuis komt.

Let op dat u naar de juiste locatie gaat (Leiden, Leiderdorp of Alphen aan den Rijn). Uw locatie staat aangegeven op de afspraakuitnodiging die u is/wordt toegezonden.

Contactpersoon

Vul hier de gegevens van uw contactpersoon in.

Naam	
Relatie tot patiënt	
Telefoonnummer(s)	

Medicatie

Naam apotheek	
Plaats apotheek	
Telefoonnummer	

Medicatieoverzicht

Vraag aan uw (huis)apotheek een uitdraai van het actuele medicatieoverzicht. Neem deze medicatie uitdraai mee naar de polikliniek Ouderengeneeskunde. Neem ook de daadwerkelijke medicatie mee, bijvoorbeeld in de vorm van de originele doosjes of de baxterrol.

Gebruikt u middelen die u ergens anders dan bij uw apotheek haalt? Bijvoorbeeld vitamines, paracetamol, zalfjes, homeopathische middelen, etc?

- Nee
- Ja, namelijk

.....
.....

Bent u ergens allergisch voor?

- Nee
- Ja, namelijk voor

.....
.....

1. Gezondheid

1. Voor welke klachten komt u?

.....
.....
.....
.....

2. Wat zijn de gevolgen van uw klachten voor uw dagelijks bestaan?

.....
.....
.....

3. Bent u opgenomen geweest in het ziekenhuis? Zo ja, waarvoor?

.....
.....
.....

2. Voeding

1. Bent u de afgelopen 3 maanden minder gaan eten als gevolg van verminderde eetlust, spijsverteringsproblemen, problemen bij het kauwen en/of slikken?

- Sterk verminderde eetlust
- Matige verminderde eetlust
- Geen verminderde eetlust

2. Bent u afgevallen gedurende de afgelopen 3 maanden?

- Meer dan 3 kg
- Weet ik niet
- Tussen de 1 en 3 kg
- Niet afgevallen

3. Hoe mobiel bent u?

- Aan bed of stoel gebonden
- In staat zelf uit bed of stoel te komen, maar ik ga niet naar buiten
- Ik ga zelfstandig naar buiten

4. Heeft u in de afgelopen 3 maanden last gehad van psychische stress of een ernstige ziekte

- Ja
- Nee

5. Heeft u de afgelopen maand drink- of sondevoeding gebruikt?

- Nee
- Ja

6. Hoeveel maaltijden gebruikt u per dag?.....

7. Gebruikt u alcohol?

- Nee
- Ja, glazen per dag/per week* (*omcirkel wat van toepassing is)

8. Rookt u?

- Nee
- Ja, stuks per dag/per week*

3. Uitscheiding

1. Heeft u moeite met plassen of met de plas op te houden?

- Nee
- Ja,

2. Moet u 's nachts uit bed om te plassen?

- Nee
- Ja,keer per nacht.

3. Heeft u regelmatig ontlasting?

- Nee
- Ja

4. Heeft u moeite met het ophouden van de ontlasting?

- Nee
- Ja

4. Activiteiten/vallen

1. Bent u in de afgelopen 6 maanden gevallen?

- Nee
- Ja

2. Bent u bang om te vallen?

- Nee
- Ja

3. Maakt u gebruik van een hulpmiddel bij het lopen? (rollator, krukken, looprekje, rolstoel)

- Nee
- Ja , welk hulpmiddel gebruikt u?.....

4. Welke maximale afstand kunt u lopen (eventueel met hulpmiddel)?

- Meer dan 1000 meter.
- Buitenshuis alleen een blokje om.
Dit is sinds
- Alleen binnenshuis kleine stukjes.
Dit is sinds
- Alleen stukjes van bed naar een stoel.
Dit is sinds

5. Hoe lang kunt u achter elkaar (zonder pauze) lopen? minuten

5. Algemene dagelijkse levensactiviteiten

Omcirkel wat van toepassing is.

- | | |
|--|----------|
| Heeft u hulp nodig bij het baden of douchen? | Ja / Nee |
| Heeft u hulp nodig bij het aankleden? | Ja / Nee |
| Heeft u hulp nodig bij naar het toilet gaan? | Ja / Nee |
| Maakt u gebruik van incontinentiemateriaal? | Ja / Nee |
| Heeft u hulp nodig bij het verplaatsen van bed naar stoel? | Ja / Nee |
| Heeft u hulp nodig bij het eten? | Ja / Nee |

6. Instrumentele activiteiten van het dagelijks leven

Omcirkel wat van toepassing is.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| Kunt u zelf telefoneren? | Zelfstandig / Met een beetje hulp / Nee |
| Kunt u zelf komen waar u wilt? | Zelfstandig / Met een beetje hulp / Nee |
| Kunt u zelf boodschappen doen? | Zelfstandig / Met een beetje hulp / Nee |
| Kunt u zelf een warme maaltijd maken? | Zelfstandig / Met een beetje hulp / Nee |
| Kunt u zelf huishoudelijk werk doen? | Zelfstandig / Met een beetje hulp / Nee |
| Kunt u zelf uw medicijnen innemen? | Zelfstandig / Met een beetje hulp / Nee |
| Kunt u zelf uw geldzaken beheren? | Zelfstandig / Met een beetje hulp / Nee |

7. Waarneming

Omcirkel wat van toepassing is.

- | | |
|-------------------------------------|----------|
| Kunt u goed horen? | Ja / Nee |
| Draagt u een gehoorapparaat? | Ja / Nee |
| Kunt u goed zien? | Ja / Nee |
| Draagt u een bril of contactlenzen? | Ja / Nee |

Heeft u problemen bij het begrijpen van taal? Ja / Nee
Heeft u problemen bij het praten? Ja / Nee

8. Acute verwardheid

Omcirkel wat van toepassing is.

Heeft u geheugenproblemen? Ja / Soms / Nee
Heeft u de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij voor u zelf zorgen? Ja / Soms / Nee
Bent u tijdens een eerdere (ziekenhuis)opname of ziekte in de war geweest? Ja / Soms / Nee

9. Stemming

Omcirkel wat van toepassing is.

Heeft u zich de afgelopen weken somber gevoeld? Ja / Soms / Nee
Had u de afgelopen weken nergens meer zin in? Ja / Soms / Nee
Zou u zichzelf depressief noemen? Ja / Soms / Nee
Voelt u zich eenzaam? Ja / Soms / Nee

10. Stress

Hoe gaat u om met stressvolle gebeurtenissen in uw leven?

.....
.....
.....

11. Levensbeschouwing

Wat is uw levens- of geloofsovertuiging?

.....
.....

12. Thuisituatie

1. Hoe is uw leefsituatie?

- Gehuwd
- Gescheiden
- Weduwe / weduwnaar sinds
- Alleenstaand
- Samenwonend met

2. Hoe woont u?

- Eengezinswoning
- Appartement met lift
- Appartement zonder lift
- Aanleunwoning
- Verzorgingshuis
- Anders, namelijk

3. Maakt u gebruik van professionele hulpverlening?

- Nee
- Ja, namelijk:
 - Huishoudelijke hulp Bij deze organisatie:.....
 - Thuiszorg Bij deze organisatie:.....
 - Fysiotherapie Bij deze praktijk:.....
 - Dagbehandeling Bij deze organisatie:.....
Hoe vaak per week?

Heeft u vragen of opmerkingen over het (bijna) vallen of over uw gezondheid, dan kunt u die hieronder kwijt.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bedankt voor het invullen van deze vragenlijst! Wilt u deze vragenlijst meenemen naar uw afspraak bij het dagonderzoekscentrum of de polikliniek Ouderengeneeskunde?

Over Alrijne Zorggroep

Op onze locaties in Leiden, Leiderdorp, Alphen aan den Rijn, Katwijk en Sassenheim, bieden wij de beste zorg dichtbij aan iedere patiënt. En dat doen we samen: met patiënten die de regie over hun eigen leven voeren, met deskundige en betrokken medewerkers, in samenwerking met huisartsen en andere zorgverleners.

Voor meer informatie over Alrijne Zorggroep kunt u terecht op www.alrijne.nl.

Volg ons ook op Twitter, Instagram en Facebook.

Geef uw mening!

Op www.zorgkaartnederland.nl kunt u aangeven hoe u de zorg in Alrijne Ziekenhuis heeft ervaren. Op deze manier kunt u ons helpen de kwaliteit van zorg nog verder te verbeteren.