

naam: _____ **datum:** _____

Huidige klachten

- 1.: Beschrijft u zo nauwkeurig mogelijk de klachten op grond waarvan u de hoortraining wilt volgen:

- 2.: Sinds wanneer heeft u deze klachten? Wanneer zijn de klachten voor het eerst opgetreden?

- 3.: Weet u nog wat de aanleiding was van de klachten?
(bijv.: akoestisch trauma, operatie, ziekte, psychische belasting, etc.)

- 4.: Is de intensiteit van de klachten hetzelfde gebleven, varieert de intensiteit of is deze toegenomen? Zijn er ook momenten dat u geen klachten heeft?

- 5.: Op een schaal van 1 tot 10: in welke mate heeft u last van uw klachten?
(1: helemaal niet - 10: ondraaglijk)

- 6.: Zijn er zaken die uw klachten verminderen of versterken?
(hierbij denken we niet aan geneesmiddelen of behandelingen, maar aan zaken zoals sport, rust, vakantie, bepaalde tijdstippen etc.)

Wanneer u last heeft van tinnitus

- 7.: Hoe omschrijft u uw oorgeruis?
(bijv. toon / meerder tonen tegelijk / ruis / dof geluid / hoog piepgeluid / brommen ...)
- 8.: Hoe vaak neemt u oorgeruis waar?
(bijv. dagelijks/ 1 x per week / altijd / meerdere malen per dag ...)
- 9.: Op een schaal van 1 tot 10: hoe luid is het oorgeruis?
(1: nauwelijks waarneembaar - 10: zeer luid)
- 10.: Op een schaal van 1 tot 10: hoe storend ervaart u het oorgeruis?
(1: helemaal niet storend - 10: ondraaglijk)
- 11.: Wordt u 's nachts wakker door het oorgeruis? Hoe vaak gebeurt dat?
- 12.: Kunt u het oorgeruis negeren?
- 13.: Beïnvloedt het oorgeruis uw concentratievermogen?
- 14.: Heeft u verder nog opmerkingen over uw oorgeruis?

KNO – Status

15.: Heeft u onlangs uw oren door een arts laten onderzoeken?

16.: Heeft hij een diagnose kunnen stellen?
Indien ja: welke? (Voeg eventueel een kopie van de onderzoeksresultaten toe.)

17.: Heeft u ooit een ooroperatie ondergaan?

18.: Heeft u last / heeft u onlangs last gehad van een middenoorontsteking?

19.: Heeft u als eens eerder last gehad van een middenoorontsteking?

Andere klachten / medische voorgeschiedenis

- 20.: Heeft u de huidige klachten al eens eerder gehad?
- 21.: Heeft u last / heeft u last gehad van andere aandoeningen waarvan u denkt dat ze met uw huidige klachten te maken hebben?
- 22.: Heeft u problemen met uw wervelkolom?
- 23.: Ondervindt u af en toe pijn of stijfheid in uw nek of rug?
- 24.: Lijdt u momenteel aan andere aandoeningen?
Noem ook de klachten waarvan u denkt dat ze niets te maken hebben met uw problemen waarvoor u de hoortraining wilt volgen.

Geneesmiddelen

- 25.: Gebruikt u momenteel geneesmiddelen?
Noem ook de geneesmiddelen die u gebruikt vanwege andere aandoeningen.
- 26.: Gebruikte u geneesmiddelen op het moment dat uw problemen begonnen?

Behandelingen

27.: Heeft u een gehoorapparaat? Indien ja: sinds wanneer?

28.: Bent u vanwege uw klachten met een andere behandeling bezig?
Indien ja: welke en sinds wanneer?

29.: Bent u in behandeling vanwege andere klachten?
Indien ja: welke en sinds wanneer?

Heeft u verder nog opmerkingen over uw klachten?

Akoestische omgeving

- 30.:** Hoe is de akoestische omgeving in uw woonplaats? (luid? zeer luid? stil?)
- 31.:** Hoe is de akoestische omgeving op uw werkplek? (luid? zeer luid? stil?)
- 32.:** Zijn er in uw dagelijks leven dingen die u niet graag hoort, maar toch moet horen?
(bijv.: drukke straat voor uw huis / machinegeluiden/ vliegtuiglawaai...)
- 33.:** Luistert u graag naar muziek? Indien ja: welke muziek en in welk volume?
- 34.:** Kunt u in een lawaaierige omgeving (bijv. In een café) gemakkelijk een gesprek voeren?
- 35.:** Vindt u het fijn als het stil is om u heen?