**Inleiding**

U bent naar de Stichting Bijzondere Tandheelkunde (SBT) verwezen in verband met kokhalsklachten, die de normale tandheelkundig behandeling of het dragen van een gebitsprothese ernstig bemoeilijken. Vóórdat u wordt opgeroepen voor het eerste consult, zouden wij graag meer informatie van u ontvangen over de aard van uw problemen. Zou u daarom zo vriendelijk willen zijn om deze vragenlijst in te vullen en aan ons te retourneren. Slaat u alstublieft geen vragen over.

Alstublieft de open vragen invullen en bij de meerkeuzevragen het antwoord aankruisen dat het meest van toepassing is.

**Persoonlijke gegevens:**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam |  M / V doorstrepen |
| Voorletters |  |
| Geboortedatum |  |
| Datum van invullen |  |

**Tandheelkundige situatie:**

1. **Bent u in de bovenkaak geheel tandeloos?**

[ ]  ja

**[ ]** nee, gedeeltelijk

[ ]  nee, (bijna) alle eigen tanden en kiezen nog aanwezig

1. **Bent u in de onderkaak geheel tandeloos?**

[ ]  ja

**[ ]** nee, gedeeltelijk

[ ]  nee, (bijna) alle eigen tanden en kiezen nog aanwezig

1. **Draagt u een volledige of gedeeltelijke bovenprothese?**

**[ ]** volledige bovenprothese

[ ]  gedeeltelijke bovenprothese

[ ]  geen bovenprothese

1. **Draagt u een volledige of gedeeltelijke onderprothese?**

[ ]  volledige onderprothese

[ ]  gedeeltelijke onderprothese

[ ]  geen onderprothese

1. **Hoeveel last heeft u van de onderstaande klachten?***Nauwelijks of niet nogal erg veel*

kokhalzen [ ]  [ ]  [ ]

misselijkheid [ ]  [ ]  [ ]

overgeven [ ]  [ ]  [ ]

benauwd gevoel [ ]  [ ]  [ ]

slikklachten [ ]  [ ]  [ ]

anders, nl ………………………………………………………….

1. **Bent u ook bang voor de kokhalsklachten?** *Nauwelijks of niet nogal erg veel*

[ ]  [ ]  [ ]

1. **Welke tandheelkundige situaties roepen de kokhalsklachten op?**

 *Nauwelijks of niet nogal erg veel*

 bij het tandenpoetsen [ ]  [ ]  [ ]

 als ik mijn mond open moet houden [ ]  [ ]  [ ]

 als de tandarts met een spiegeltje in mijn mond kijkt [ ]  [ ]  [ ]

 als de tandarts een afdruk van de bovenkaak gaat maken [ ]  [ ]  [ ]

 bij het indoen van de bovenprothese [ ]  [ ]  [ ]

 bij het indoen van de onderprothese [ ]  [ ]  [ ]

 als de bovenprothese beweegt of los komt [ ]  [ ]  [ ]

 als de bovenprothese beweegt of los komt [ ]  [ ]  [ ]

 bij het dragen van spalk, frame of andere loszittende

 tandheelkundige voorzieningen [ ]  [ ]  [ ]

 iets anders, nl …………………………………………………… [ ]  [ ]  [ ]

1. **Welke andere situaties roepen de kokhalsklachten op?**

*Nauwelijks of niet nogal erg veel*

het eten van bepaald voedsel [ ]  [ ]  [ ]

bepaalde bestanddelen van voedsel [ ]  [ ]  [ ]

bepaalde smaken [ ]  [ ]  [ ]

doorslikken van bepaalde dingen [ ]  [ ]  [ ]

iemand anders zien die overgeeft [ ]  [ ]  [ ]

iets vies zien [ ]  [ ]  [ ]

onsmakelijke geluiden [ ]  [ ]  [ ]

vieze geuren [ ]  [ ]  [ ]

een haar of schilletje in de mond [ ]  [ ]  [ ]

als de huisarts in mijn keel kijkt [ ]  [ ]  [ ]

iemand anders zien die het benauwd heeft [ ]  [ ]  [ ]

iets tussen je lippen geklemd houden [ ]  [ ]  [ ]

je mond wijd open houden [ ]  [ ]  [ ]

iets anders, namelijk …………………………………………… . [ ]  [ ]  [ ]

1. **Wordt u gehinderd door onderstaande objecten of situaties?**

 *Nauwelijks of niet nogal erg veel*

stropdas, sjaal, ketting, kraag/boord van overhemd of blouse [ ]  [ ]  [ ]

horloge/armband [ ]  [ ]  [ ]

andere sieraden zoals oorbellen [ ]  [ ]  [ ]

bril [ ]  [ ]  [ ]

contactlenzen [ ]  [ ]  [ ]

strakke kleding [ ]  [ ]  [ ]

iets anders, namelijk ……………………………………………. [ ]  [ ]  [ ]

1. **Sinds wanneer heeft u de kokhalsklachten?** Sinds …………………………………
2. **Hoe zijn de kokhalsklachten ontstaan? Omschrijf het beloop van de klachten zo goed mogelijk.**

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

1. **Door welke gebeurtenissen of omstandigheden zijn de kokhalsklachten verergerd (denk hierbij aan ervaringen met overgeven, benauwdheid, (bijna) stikken, bijna verdrinken, moeten eten, etc.?)**

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

1. Welke **gezins- of familieleden hebben dezelfde of soortgelijke klachten?**

……………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………

1. **Welke van de onderstaande factoren maken de kokhalsklachten erger?**

 *Nauwelijks of niet nogal erg veel*

stress/spanning [ ]  [ ]  [ ]

maagklachten [ ]  [ ]  [ ]

boosheid [ ]  [ ]  [ ]

angst [ ]  [ ]  [ ]

verkoudheid [ ]  [ ]  [ ]

hoesten [ ]  [ ]  [ ]

emotionele opwinding [ ]  [ ]  [ ]

depressie [ ]  [ ]  [ ]

iets anders, namelijk ……………………………………………. [ ]  [ ]  [ ]

1. **Zijn de kokhalsklachten op bepaalde tijden van de dag erger?**

 *Nauwelijks of niet nogal erg veel*

’s ochtends [ ]  [ ]  [ ]

’s middags [ ]  [ ]  [ ]

’s avonds [ ]  [ ]  [ ]

’s nachts [ ]  [ ]  [ ]

1. **Zijn er omstandigheden waaronder de kokhalsklachten in het bijzonder optreden?**

 *Nauwelijks of niet nogal erg veel*

als u thuis komt [ ]  [ ]  [ ]

als u uit eten gaat [ ]  [ ]  [ ]

als u alleen bent [ ]  [ ]  [ ]

bij familie [ ]  [ ]  [ ]

onder vrienden [ ]  [ ]  [ ]

op het werk [ ]  [ ]  [ ]

iets anders, namelijk ……………………………………………….. [ ]  [ ]  [ ]

1. **In hoeverre wordt u door de kokhalsklachten gehinderd bij de:**

 *Nauwelijks of niet nogal erg veel*

uitvoering van uw werk [ ]  [ ]  [ ]

vrijetijdsbesteding [ ]  [ ]  [ ]

omgang met het gezin [ ]  [ ]  [ ]

omgang met familie [ ]  [ ]  [ ]

omgang met vrienden [ ]  [ ]  [ ]

1. **Zijn er situaties die u door de kokhalsklachten vermijdt?**

 *Nauwelijks of niet nogal erg veel*

uit eten gaan [ ]  [ ]  [ ]

uitgaan [ ]  [ ]  [ ]

naar het werk gaan [ ]  [ ]  [ ]

beoefenen van sport/hobby’s [ ]  [ ]  [ ]

iets anders, namelijk ………………………………………………… [ ]  [ ]  [ ]

1. **Wat is de reactie van uw omgeving op de kokhalsklachten?**

 *Steunend geen reactie geïrriteerd spottend iets anders, namelijk …………………….*

partner [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

ouders [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

kinderen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

collegae [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

vrienden [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

bekenden [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

1. **Zijn er omstandigheden die de kokhalsklachten verminderen?**

 *Nauwelijks of niet nogal erg veel*

afleiding (b.v. lezen, televisie kijken etc) [ ]  [ ]  [ ]

in aanwezigheid van anderen [ ]  [ ]  [ ]

op het werk [ ]  [ ]  [ ]

iets anders, namelijk ………………………………………………… [ ]  [ ]  [ ]

1. **U heeft misschien methoden uitgeprobeerd tegen de kokhalsklachten. Hielpen die?**

 *Nauwelijks of niet nogal erg veel*

afleiding zoeken [ ]  [ ]  [ ]

ontspanningsoefeningen [ ]  [ ]  [ ]

ademhalingsoefeningen [ ]  [ ]  [ ]

doorbijten/volhouden [ ]  [ ]  [ ]

iets anders, namelijk ……………………………………………… [ ]  [ ]  [ ]

1. **Hebben zich de afgelopen 2 jaar in uw privéleven en/of uw werksituatie ingrijpende gebeurtenissen voorgedaan?**

[ ]  Ja, te weten ……………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

[ ]  Nee

1. **Doen zich de laatste tijd regelmatig gebeurtenissen/situaties voor waaraan u zich ergert, die u vervelend vindt of waardoor u teleurgesteld wordt?**

[ ]  Ja, te weten ……………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

[ ]  Nee

1. **Zijn er problemen in uw naaste omgeving die u veel zorg geven?**

[ ]  Ja, te weten ……………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

[ ]  Nee

1. **Heeft u last van:**

 *Niet of nauwelijks nogal erg veel*

ademhalingsproblemen [ ]  [ ]  [ ]

slikklachten [ ]  [ ]  [ ]

hyperventilatie [ ]  [ ]  [ ]

maag- en/of darmproblemen [ ]  [ ]  [ ]

pijn in hoofd, nek, schouders, rug, spieren [ ]  [ ]  [ ]

vermoeidheidsklachten [ ]  [ ]  [ ]

slaapproblemen [ ]  [ ]  [ ]

nervositeit [ ]  [ ]  [ ]

piekeren [ ]  [ ]  [ ]

ergernis [ ]  [ ]  [ ]

lusteloosheid [ ]  [ ]  [ ]

angst [ ]  [ ]  [ ]

neerslachtigheid [ ]  [ ]  [ ]

1. **Gebruikt u alcohol en/of drugs?**

[ ]  Ja. Wat en hoeveel?.....................................................

 [ ]  Nee

1. **Rookt u?**

[ ]  Ja. Hoeveel?.....................................................

[ ]  Nee

1. **Gebruikt u medicijnen?**

 [ ]  Ja, te weten ……………………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………………………………………

 [ ]  Nee