**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