

## Vragenlijst valpreventie/osteoporose/osteopenie

Naam:.....

Geboorte datum:.....

Telefoonnummer:.....

Email:.....

1a. Heeft u in het verleden ooit iets gebroken (heup, wervel, pols)?

0 ja

0 nee

1b. Zo ja, wat en wanneer?

.....

2. Gebruikt(e) u een van de volgende medicamenten?

Soort medicament	Ja, welk soort?	Nee
Corticosteroiden (oa. Prednison, celestone)		
Anti-epileptica		
Benzodiazepines (slaap-, kalmerende pillen)		

3a. Heeft uw huisarts of specialist u alendroninezuur (fosamax) of risodroninezuur (actonel) voorgeschreven?

0 ja

0 nee

3b. Zo ja, slikt u deze tablet?

0 Ja

0 Nee, omdat.....

3c. Hoe vaak slikt u deze tablet?

.....

4a. Komen er in uw directe familie botbreuken voor?

0 Ja, welke? .....

0 Nee

5a. Hoeveel melkproducten gebruikt u per dag?

.....

5b. Wat gebruikt u?

.....

6a. Rookt u?

0 Ja, ..... sigaretten per dag

0 Niet meer, maar ik heb .....jaar gerookt, .....sigaretten per dag

0 Nooit

7. Hoeveel, (in uren per dag), komt u in de buitenlucht?

.....

8. De volgende vraag heeft betrekking op uw beweegpatroon. Wilt u s.v.p. alle vormen van bewegen die u de afgelopen week voor **tenminste 10 minuten per keer** heeft gedaan noteren? Let wel: huishouden, klussen etc. valt hier niet onder. Lopen, fietsen, zwemmen etc wel.

Soort activiteit	Frequentie per week	Duur	Intensiteit*

\* Intensiteit: (svp invullen wat van toepassing is)

Licht: voelt gemakkelijk, niet kortademig.

Gematigd: voelt comfortabel, uw hart klopt sneller dan in rust, u krijgt het warm, bent licht kortademig maar kunt nog wel een gesprek voeren.

Zwaar: Voelt zwaar, u bent zo buiten adem dat u geen gesprek meer kunt voeren.

9. Bent u slechtziend?

0 Ja

0 nee

10. Wat is uw lengte?.....m

11. Wat is uw gewicht?.....kg

12. Hebt u een van de volgende ziektes?

Soort ziekte	ja	nee
Hyperthyreoïdie (te snel werkende schildklier)		
Inflammatoire darmziekten (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa)		
Anorexia nervosa		
Hypogonadisme, (onvoldoende werking van geslachtsklieren)		
Primaire hyperparathyreoïdie ( te snel werkende bijschildklier)		
Maagresectie (gehele of gedeeltelijke verwijdering van de maag)		
Reumatoïde artritis		
COPD		

13. Op welke leeftijd begon bij u de overgang?.....jaar.

14. Hoeveel glazen alcohol drinkt u per week? .....glazen.

15. Koopt u zelf vitamine D?

0 Ja.....microgram (mcq) of .....internationale eenheden (IE)

0 nee

16. Koopt u zelf calcium (kalk)tabletten?

0 ja.....mg

0 nee

## Short FES-I

Wij willen u graag enkele vragen stellen over hoe bezorgd u bent dat u zou kunnen vallen. Het gaat er hierbij om hoe u gewoonlijk deze activiteit uitvoert. Als u tegenwoordig deze activiteit niet doet, willen we u vragen aan te geven hoe bezorgd u zou zijn om te vallen als u de betreffende activiteit toch zou doen. Wilt u voor elk van onderstaande activiteiten het antwoord aankruisen dat het beste weergeeft hoe bezorgd u bent om te vallen als u deze activiteit zou doen.

		<i>Helemaal niet bezorgd</i> 1	<i>Een beetje bezorgd</i> 2	<i>Tamelijk bezorgd</i> 3	<i>Erg bezorgd</i> 4
1	Het aan- of uitkleden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2	Het nemen van een bad of douche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3	Het in of uit een stoel komen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4	Het op- of aflopen van een trap	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5	Het reiken naar iets boven hoofd of naar iets op de grond	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6	Het op- of aflopen van een helling	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7	Het bezoeken van een sociale gelegenheid (zoals kerkdienst, familiebijeenkomst of verenigingsactiviteit)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

RES-I Dutch translated from English by Prof Gertudis I.J.M. Kempen  
Kempen GIJM, Yardley L., Haastregt JCM van, Zijlstra GAR, Beyer N, Hauer K, Todd C

1a. Bent u het laatste half jaar gevallen?

- Ja, ..... keer
- Nee

1b. Zo ja, waar was dit?

- Binnenshuis
- Buitenshuis
- Beide

2. Woont u gelijkvloers of heeft u een huis of tuin met trap?

- Ik woon gelijkvloers

- Mijn huis en/of tuin heeft een trap
- Mijn huis en/of tuin heeft een trap met een traplift

3. Heeft u problemen met traplopen?

- Ja
- Nee

4a. Zijn er hoge drempels in uw huis?

- Ja
- Nee

4b. Zo ja, heeft u er problemen mee?

- Ja
- Nee

5a. Heeft uw douche een hoge instap?

- Ja
- Nee

5b. Zo ja, heeft u er problemen mee?

- Ja
- Nee

6. Loopt u naar de winkel en/of in uw buurt?

- Ja
- Nee

7. Heeft u thuis genoeg ruimte om te kunnen lopen?

- Ja
- Nee

Aan de hand van de antwoorden zullen wij bekijken of verdere diagnostiek of onderzoek nodig is. Indien nodig wordt er contact met u opgenomen.