

## Vragenlijst obesitascentrum ZGT t.b.v. verwijzing bariatric

### Persoonsgegevens

Naam: \_\_\_\_\_ E-mailadres: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Huisarts: \_\_\_\_\_

Telefoon thuis: \_\_\_\_\_ Apotheek: \_\_\_\_\_

Mobiel tel. nummer: \_\_\_\_\_

### Uw gewicht en gewichtsonwikkeling

Wat is uw huidige gewicht? \_\_\_\_\_

Wat is uw lengte? \_\_\_\_\_

Wat is uw BMI? *U kunt uw BMI berekenen via de [site](#) van het obesitascentrum ZGT* \_\_\_\_\_

Wat is uw hoogste gemeten gewicht? \_\_\_\_\_

Vanaf welke leeftijd hebt u overgewicht? \_\_\_\_\_

### Uw lichamelijke situatie

Bent u onder behandeling of gebruikt u medicatie voor:

Suikerziekte (diabetes mellitus)  ja  nee

Hoge bloeddruk (hypertensie)  ja  nee

Hoog cholesterol  ja  nee

Hartinfarct  ja  nee

Hartritmestoornissen  ja  nee

Hartfalen  ja  nee

Hersenbloeding / CVA  ja  nee

Perifeer vaatlijden ('etalage'benen)  ja  nee

(Bewezen) gewrichtsklachten, zoals slijtage van heupen of knieën  ja  nee

Refluxklachten (zuurbranden)  ja  nee

Vruchtbaarheidsproblemen door Polycysteus Ovarium Syndroom (PCOS)  ja  nee

Slaapapneu *U hoeft de vragen op pagina 3 niet in te vullen als u bij deze vraag 'ja' hebt ingevuld*  ja  nee

Longproblemen, zoals COPD/astma  ja  nee

### Eerdere operatie(s)

Bent u in het verleden ooit geopereerd geweest, zo ja vul dan a.u.b. hieronder het overzicht in

Soort operatie	Welk jaartal	In welk ziekenhuis?

## Medicijngebruik

Geneesmiddel	Dosering

## Allergieën

Bent u allergisch voor bepaalde (genees)middelen of hebt u ooit ernstige bijwerkingen ervaren, wilt u dit dan in het onderstaande overzicht aangeven?

Overzicht van allergieën voor of bijwerkingen van (genees)middelen

(Genees)middel	Klacht bij of reactie op gebruik

## Familiegeschiedenis

Zijn er familieleden (ouders, broer(s) of zus(sen)) die last hebben gekregen van onderstaande ziektes of klachten?

Ziekte/klacht	Bij wie	Op welke leeftijd	Welke vorm/soort/ernst?
Overgewicht			
Suikerziekte			
Hart- of vaatziekten			
Hoge bloeddruk			
Hoog cholesterol			
Longproblemen			
Kanker			

## Verslavende of verdovende middelen

Gebruikt u verslavende of verdovende middelen?

Middel	Hoeveelheid (per dag)	Reden van gebruik
Nicotine		
Alcohol		
Drugs		

## Afvalpogingen en eventuele begeleiding

---

---

---

---

---

## Epworth Sleepiness scale

Hieronder ziet u een vragenlijst. Wij verzoeken u om de vragen te beantwoorden.

Hoe gemakkelijk doezelt u weg of valt u in slaap in de hieronder beschreven situaties?

0 = ik zou nooit indutten

1 = kleine kans dat ik zou indutten

2 = redelijke kans dat ik zou indutten

3 = grote kans dat ik zou indutten

Situatie	Cijfer	0	1	2	3
1. Zitten lezen	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. TV kijken	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Passief zitten (theater, vergadering)	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Een uur als passagier in een auto zonder stoppen	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 's Middags rusten als omstandigheden het toelaten	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Met iemand praten	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Rustig zitten na een lunch zonder alcohol	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. In de auto, terwijl u paar minuten stilstaat in het verkeer	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Totale score: \_\_\_\_\_

## 'STOP BANG' vragenlijst

Deze vragenlijst bepaalt het risico op het hebben van slaapapneu. De naam is afgeleid van de begin-letters van de vragen in het Engels: Snoring, Tiredness, Observed apnea's, Pressure, BMI, Age, Neck circumference, Gender.

Indien u 5 of meer vragen met 'ja' hebt beantwoord is er volgens de CBO-consensus bariatrische chirurgie bij obesitas indicatie voor een slaaponderzoek, omdat dan de kans op een ademhaling gerelateerde slaapstoornis erg hoog is.

- Snurkt u luid (luider dan praten en luid genoeg om door een dichte deur gehoord te worden)?  ja  nee
- Voelt u zich overdag vaak vermoeid, niet uitgerust of slaperig?  ja  nee
- Heeft iemand waargenomen dat u tijdens uw slaap stopte met ademen?  ja  nee
- Heeft u hoge bloeddruk of wordt u daarvoor behandeld?  ja  nee
- Is uw BMI hoger dan 35?  ja  nee
- Bent u ouder dan 50?  ja  nee
- Is uw nekomtrek (boordmaat) groter dan 41 cm (vrouw) of 43 cm (man)?  ja  nee
- Bent u een man?  ja  nee

Voor vragen of nadere informatie kunt u contact opnemen met het obesitascentrum via telefoonnummer: 088 708 49 25.