

# Screening Visuele Klachten vragenlijst

**Versie: niet-aangeboren hersenletsel**

## SVK-NAH

**Versie 1.0, 2024**

*De SVK-NAH is ontwikkeld voor gebruik in tweedelijns revalidatie instellingen voor het screenen op visuele klachten bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel.*

Naam/clientnummer:.....

Geboortedatum:.....

Testdatum: .....

**De vragenlijst begint op de volgende pagina en bestaat uit 3 pagina's.**

## Instructie

Deze vragenlijst gaat over problemen met het zien.

Beantwoord de vragen alsof u uw bril of contactlenzen draagt, als u die heeft.

Elke vraag heeft meerdere antwoordopties. Kies het antwoord dat het meest op u van toepassing is. Het gaat daarbij steeds om de **afgelopen weken**.

Kruis bij alle vragen a.u.b. 1 antwoord aan. Wanneer u het antwoord niet precies weet, kies dan het best passende antwoord.

	Ja	Nee
Bent u bekend bij een oogarts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indien 'Ja': bij welke oogarts bent u bekend?

.....  
.....

Voor welke aandoening(en) bent u bekend bij de oogarts?

.....  
.....

	Nee/ Zelden	Soms	Vaak/ Altijd
1 Ervaart u in het dagelijks leven problemen met het zien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indien 'Soms' of 'Vaak': Kunt u aangeven welke problemen of klachten u heeft met het zien?

a .....

b .....

c .....

d .....

	Nee/ Zelden	Soms	Vaak/ Altijd
2 Heeft u het idee dat u minder scherp bent gaan zien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Heeft u <u>vanwege het zien</u> moeite met lezen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Heeft u last van dubbelzien of dubbelbeelden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Heeft u moeite met scherpstellen of duurt het langer voordat u een scherp beeld heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Wordt u, meer dan voorheen, verblind door fel licht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ervaart u kleuren anders dan voorheen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Heeft u moeite met zien of waarnemen in het verkeer? (bijv. lopen, fietsen, openbaar vervoer of autorijden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Heeft u <u>vanwege het zien</u> moeite met het zoeken en vinden van dingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Heeft u moeite met het zien bij verminderd contrast? (bijv. wanneer letters niet zijn afgedrukt op een witte, maar op een grijze achtergrond)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Heeft u, meer dan voorheen, moeite met het wennen aan licht of donker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Heeft u het idee dat u voorwerpen of gezichten anders waarneemt? (bijv. vervormd of met nabeelden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Heeft u meer behoefte aan licht dan voorheen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Heeft u, meer dan voorheen, het idee dat alles donkerder lijkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nee/ Zelden	Soms	Vaak/ Altijd
15 Heeft u <u>vanwege het zien</u> moeite met van A naar B verplaatsen? (bijv. botsen, struikelen, traplopen, de weg vinden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Heeft u het idee dat u meer tijd nodig heeft om dingen te zien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Heeft u, meer dan voorheen, pijn aan uw ogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Heeft u, meer dan voorheen, last van droge ogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Ziet u wel eens dingen die anderen niet zien? (bijv. flitsen, sterren, patronen, dieren, personen of voorwerpen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Heeft u moeite met diepte zien of afstanden inschatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Heeft u het idee dat u delen mist in uw gezichtsveld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Heeft u moeite met het gericht pakken van dingen of grijpt u wel eens naast dingen (bijv. het pakken van een glas of deurklink)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23 In hoeverre wordt u gehinderd in het dagelijks leven door bovenstaande klachten?

0 = *geen hinder*

10 = *zeer ernstige hinder*

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wilt u controleren of u alle vragen heeft beantwoord?

Bij elke vraag dient 1 antwoord aangekruist te zijn.

**Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.**