

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

	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)			
16 Heeft u het idee dat u meer tijd nodig heeft om dingen te zien?			
17 Heeft u, meer dan voorheen, pijn aan uw ogen?			
18 Heeft u, meer dan voorheen, last van droge ogen?			
19 Ziet u wel eens dingen die anderen niet zien? (bijv. flitsen, sterren, patronen, dieren, personen of voorwerpen)			
20 Heeft u moeite met diepte zien of afstanden inschatten?			
21 Heeft u het idee dat u delen mist in uw gezichtsveld?			
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)			

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.