

Deze vragenlijst is bedoeld om een goed beeld te krijgen van de klachten/situatie en van factoren die hier mogelijk mee samenhangen. Dit helpt bij het maken van keuzes in het behandelplan en trainingstraject. Het is daarom een uitgebreide vragenlijst. Er worden bijvoorbeeld vragen gesteld over de vroege ontwikkeling, zoals kruipen en lopen. Dit heeft namelijk effect op de ontwikkeling van het kijksysteem en in het trainingstraject zal dan meer nadruk gelegd worden op bepaalde oefeningen. Of er komen dingen uit de vragenlijst waarbij mogelijk het advies gegeven wordt om voorafgaand of parallel aan het trainingstraject andere oorzaken uit te sluiten.

### Datum

---

### Persoonsgegevens

Naam

---

Adres

---

Postcode & woonplaats

---

Telefoonnummer

---

E-mail

---

Geboortedatum

---

### Algemeen

Wat is de reden dat je door IBalance onderzocht wilt worden?

---

---

---

Hoe ben je bij IBalance terecht gekomen?

---

Ben je op dit moment elders onder behandeling voor je klachten? Ja/nee Zo ja, Waar?

---

---

Welke behandelingen heb je gehad voor je klachten?

---

---

## Ooggezondheid

Zijn je ogen gezond? Ja/nee/weet niet

Ruimte voor toelichting: \_\_\_\_\_

Ben je eerder onderzocht door een oogarts / optometrist / opticien / orthoptist. Zo ja, wanneer?

\_\_\_\_\_

Heb je ooit een oog af moeten plakken? Ja/nee Zo ja:

Welk oog? \_\_\_\_\_

Hoe oud was je? \_\_\_\_\_

Hoe lang heb je dit toen gedaan? \_\_\_\_\_

Zijn je ogen operatief rechtgezet? Ja/nee

Heb je in het verleden een oogbehandeling gehad anders dan hierboven al gevraagd? Ja/nee

Ruimte voor toelichting: \_\_\_\_\_

Komen er oog- of kijkproblemen voor in je familie? Ja/nee Zo ja, licht toe:

\_\_\_\_\_

## Algemene gezondheid

Hoe is je algemene gezondheidstoestand?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zijn er bijzonderheden die in het verleden speelden ten aanzien van je gezondheid?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gebruik je medicijnen? Ja/nee Zo ja, welke?

\_\_\_\_\_

## Overige gezondheid

Heb je last van oorontstekingen of allergieën? Ja/nee Zo ja, licht toe:

\_\_\_\_\_

Heb je vroeger veel last van oorontstekingen gehad? Ja/nee

Is er sprake van een scheefstand in je lichaam? Ja/nee Zo ja:

Licht toe? \_\_\_\_\_

Word je hier momenteel voor behandeld? Ja/nee Zo ja, door wie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ben je hier in het verleden voor behandeld? Ja/nee Zo ja, door wie? \_\_\_\_\_

Draag je corrigerende zooltjes in je schoenen? Ja/nee

Heb je weleens een hersenschudding, hoofdletsel of hersenletsel gehad? Ja/nee Zo ja:

Hoe vaak? \_\_\_\_\_

Wanneer? \_\_\_\_\_

In welke mate heeft dit je dagelijkse activiteiten verstoord? \_\_\_\_\_

Ruimte voor verdere toelichting:

Heb je whiplashklachten? Ja/nee

## Activiteiten

Indien van toepassing, wat is/was je beroep? \_\_\_\_\_

Indien van toepassing, hoeveel uur per week werkte je voor je klachten? \_\_\_\_\_

Indien van toepassing, hoeveel uur per week werk je nu? \_\_\_\_\_

Hoeveel uur per dag (gemiddeld) gebruik je beeldschermen (computer, tablet en telefoon)? \_\_\_\_\_

Welke sporten beoefen je?

Welke hobby's heb je?

## Graderen van symptomen

Lees onderstaande symptomen door en omcirkel de gradatie die jouw toestand het beste weergeeft.

Samenvloeien, springen of bewegen van tekst, dansende letters	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Wazig zien met lezen	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Wazig zien op afstand	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Moeite met wisselen van kijkafstand	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>

Last van dubbelzien	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Hoofd schuin of gedraaid houden tijdens visuele bezigheden	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Sluit of bedekt een oog bij nabij werkzaamheden	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Problemen met kijken naar een 3D film	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>

Moeite met lees- en werktempo	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Moet iets vaker lezen om op te kunnen nemen wat er staat	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Korte concentratietijd, snel afgeleid bij nabij werkzaamheden	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Moe na visuele concentratie	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Hoofdpijn tijdens of na visuele inspanning	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Buikpijn tijdens of na visuele inspanning	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>

Plek kwijtraken met lezen / vinger of liniaal nodig bij het lezen om bij te houden waar je bent	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Verwarring met woorden / woorden overslaan met lezen	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Draait letters of woorden om (b en d, p en q, daar en raad)	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Moeite met spelling	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>

Gevoelig voor licht	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Gevoelig voor geluid	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Moeite met bewegende beelden in het gezichtsveld (bijvoorbeeld bomenrij waaraan je voorbijrijdt in de trein of auto of ruitenwissers die aanstaan)	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Moeite met drukke ruimtes	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>

Moeite met balans	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Last van duizeligheid	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Last van wagenziekte	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Struikelen, onhandig en verkeerd inschatten waar objecten zijn	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Moeite met oriëntatie / slecht gevoel voor richting	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Problemen met autorijden	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Moeite met balsporten	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>

Last van nek en schouders	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Tinnitus/oorsuizen	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Slecht of onrustig slapen	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Algemene vermoeidheid	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Last van lichamelijke spierklachten	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Zwakke spiertonus (extreem flexibel)	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>

## Geboorte en ontwikkeling

Is je geboorte normaal verlopen? Ja/nee/weet ik niet Zo nee, wat was er aan de hand?

---

Heb je als kind gekropen? Ja/nee/weet ik niet Zo ja:

Met hoeveel maanden? \_\_\_\_\_

Op welke manier? Handen&knieën/handen&voeten/buikschuiven/billenschuiven/weet ik niet

Met hoeveel maanden begon je te lopen? \_\_\_\_\_ maanden /weet ik niet

Zijn er aanvullende bijzonderheden ten aanzien van de eerste ontwikkelingsjaren?

---

---

Was je onhandig als kind? Ja/nee/weet ik niet

Liep je op je tenen? Ja/nee/weet ik niet

Had je gehoorproblemen? Ja/nee/weet ik niet

Kon je goed meekomen op school? Ja/nee/weet ik niet Zo nee, waarom niet?

---

---

Is er ooit dyslexie of dyscalculie bij je geconstateerd? Ja/nee/weet ik niet Ruimte voor toelichting:

---

---

Hield je als kind van lezen? Ja/nee Ruimte voor toelichting:

---

---

Zijn er nog punten die je graag nader toe wil lichten of andere zaken die niet gevraagd zijn, maar volgens jou wel van belang zijn?

---

---

---

---

---