

# Moeheid langer dan 2 weken.

U heeft aangegeven dat u of uw kind al langer dan twee weken klachten heeft van moeheid. Moeheid is een veel voorkomende klacht. Veel mensen ervaren een of meerdere periodes in hun leven vermoeidheid. Gelukkig merken we dat bij de meeste mensen zo'n periode ook weer voorbij gaat. Dit kan echter soms wel maanden of zelfs jaren duren.

Moeheid kan ontstaan om allerlei redenen: een lichamelijke ziekte, slaapproblemen, leefstijl, de levensfase, of een combinatie van factoren.

Om er achter te komen wat bij u oorzaken van de vermoeidheid kunnen zijn, willen we u vragen deze vragenlijst in te vullen, voordat u op het spreekuur komt.

Als vragen niet van toepassing zijn op u of uw kind, kunt u NVT (niet van toepassing) achter de vraag zetten.

**Naam**

**Geboortedatum**

**Datum van invullen:**

## 1. Algemeen

Wat bedoelt u met **moeheid**?

Bent u iedere dag moe? Ja    Nee

Wanneer bent u moe? (*omcirkel, meerdere antwoorden mogelijk*)

Morgen      middag      avond      de hele dag

Sinds wanneer is de moeheid een probleem voor u? (*omcirkel het goede antwoord*)

2-4 weken    1-3 maanden      3-6 maanden      langer dan 6 maanden

Wat kunt u *niet meer* doen door de moeheid?

Heeft u eerder in uw leven een periode van vermoeidheid gehad? Ja    Nee

Zo ja, hoe is dat toen gegaan/opgelost?

Bent u al eens eerder uitgebreid onderzocht in verband met moeheid? Ja    Nee

Zo ja, weet u nog wanneer?

## **2. Leefgewoontes:**

### **Lichaamsbeweging**

Wat doet u aan lichamelijk activiteit?

*Bijvoorbeeld: huishouden, met de hond wandelen, sportschool, tuinieren*

Hoe vaak per week bent u lichamelijk actief?

Hoelang achter elkaar lukt het u om lichamelijk actief te zijn?

Is uw conditie veranderd?

Ja Nee

Zo ja, waar merkt u dat aan?

*Bijvoorbeeld: traplopen, fietsen, wandelen, huishouden*

### **Werk/vrijwilligerswerk**

Doet u werk buitenshuis?

Ja Nee

Zo ja: Welk werk doet u?

Hoeveel uur/week?

Onregelmatige diensten?

### **Stress en ontspanning**

Welke dingen kosten u op dit moment veel energie?

*Bijvoorbeeld: thuis, werk, relatie, gezin, ziekte, ingrijpende gebeurtenis*

Waar haalt u normaal uw ontspanning uit?

Heeft u het gevoel dat u op dit moment **on**voldoende kunt ontspannen?

Ja Nee

Zo ja, hoe en hoeveel zou u willen ontspannen?

### **Eten/drinken/genotsmiddelen**

Drinkt u alcohol?

Ja Nee

Zo ja: Hoeveel? Op welke tijden?

Gebruikt u drugs?

Ja Nee

Zo ja: Op welke tijden?

Rookt u?

Ja Nee

Zo ja: Hoeveel?

Eet u naar uw mening gezond? <https://www.voedingscentrum.nl/>

Ja Nee

Hoeveel vocht drinkt u per dag?

Wat drinkt u dan?

Hoe vaak en hoe lang komt u buiten per dag?

### **3. Slaapgewoontes**

Gaat u over het algemeen op een vast tijdstip naar bed? Ja Nee  
Zo ja, hoe laat gaat u naar bed?

Hoe lang ligt u gemiddeld wakker voordat u inslaapt?

Hoe vaak wordt u 's nachts wakker?

Hoe laat gaat de wekker?

Wordt u meer dan 3x per week al voor de wekker gaat wakker en lukt het dan niet meer om in slaap te vallen? Ja Nee

Zo ja, hoe laat is het dan gemiddeld?

Snurkt u? Ja Nee

Is het de omgeving opgevallen dat u 's nachts "stopt" met ademen? Ja Nee

Tot hoe laat kijkt u 's avonds op een beeldscherm?

*Bijvoorbeeld: TV, laptop, computer, tabloid, telefoon*

### **4. Stemming**

Heeft u regelmatig last van een sombere stemming? Ja Nee

Bent u de laatste tijd minder geïnteresseerd in de dingen om u heen? Ja Nee

Merkt u dat u minder kunt genieten van dingen? Ja Nee

Voelt u zich regelmatig angstig? Ja Nee

Als u ja heeft ingevuld bij minstens een van deze 4 vragen, zou u dan ook de 4 DKL lijst in willen vullen en mee willen nemen naar het spreekuur: <http://www.4dkl.nl>

### **5. Overige klachten**

Is er een verandering van medicatie geweest voordat u moe werd? Ja Nee

*Let op: dit kunnen ook middelen van de drogist zijn*

Bent u ziek geweest voordat u moe werd? Ja Nee

*Bijvoorbeeld een keelontsteking, griep, koorts, zwangerschap*

Bent u afgevallen? Ja Nee

Aangekomen? Ja Nee

Zo ja: hoeveel kg in hoeveel tijd?

Is er een verandering van uw ontlastingspatroon? Ja Nee

Heeft u meer dorst en moet u vaker plassen? Ja Nee

Moet u 's nachts uit bed om te plassen? Zo ja, hoe vaak?	Ja	Nee
Bent u gauw kortademig? Zo ja: overdag 's nachts bij plat liggen bij inspanning	Ja	Nee
Zijn er tekenen van hooikoorts/allergie <i>Bijvoorbeeld: niezen, verstopte neus/hoofdpijn/jeukende ogen</i> Zo ja, welke tijd van het jaar heeft u last? heeft u huisdieren?	Ja	Nee
Kunt u goed zien?	Ja	Nee
Kunt u alles goed horen?	Ja	Nee
Heeft u veranderingen bemerkt aan uw huid? Zo ja welke?	Ja	Nee
Heeft u last van uw menstruatie? Zo ja, welke klachten heeft u? <i>Bijvoorbeeld, veel bloedverlies, pijn, overgang</i>	Ja	Nee
Heeft u nog andere lichamelijke klachten? Zo ja, welke?	Ja	Nee

## **6. Eigen ideeën en wensen**

Welke ideeën heeft u zelf over de oorzaken van uw vermoeidheid?

Wat verwacht u van het consult bij de huisarts?

Wat denkt u dat u zelf kunt doen aan de vermoeidheid?

Dank voor het invullen van de vragenlijst. Tijdens het consult zullen we de antwoorden bespreken en kijken welke vervolgstappen er eventueel nodig zijn. Zie ook voor meer informatie: [\\_https://www.thuisarts.nl/moeheid](https://www.thuisarts.nl/moeheid)