

**BIJLAGE 4.4**  
**STOTTERANAMNESEFORMULIER**  
**JONGEREN (12 T/M 17 JAAR)**

Wij wijzen erop dat het gebruik van de bijlagen bedoeld is voor de praktijk van de therapeut die de in het boek *Stotteren: van theorie naar therapie* beschreven theorie en daaruit voortvloeiende therapie als uitgangspunt hanteert. Onderstaande anamneselijst is gebaseerd op (delen van) eerdere versies van anamneselijsten van het Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam, Stottercentrum Zeeland, UMC St Radboud Nijmegen en UMC Utrecht.

Met het invullen van deze vragenlijst verschaft u ons informatie over factoren die verband kunnen houden met uw stotterklachten. Wij vragen u naar specifieke gegevens over uw situatie in het verleden, over uw ontwikkeling en over uw situatie op dit moment.

Voor de vragen over het verleden en uw eigen ontwikkeling zal u uw ouders en/of verzorgers waarschijnlijk moeten raadplegen. Probeer in ieder geval alle vragen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Wanneer u geen antwoord weet op de vraag, vul dan niets in. Wij zullen dan, wanneer u bij ons komt, samen met u naar die vragen kijken. Vanzelfsprekend behandelen wij de gegevens die u ons meedeelt vertrouwelijk.

**Neem dit formulier mee naar de gemaakte afspraak!**



Uw pasfoto

## 1. PERSOONLIJKE GEGEVENS

### Personalia

Achternaam: \_\_\_\_\_

Voornaam/namen: \_\_\_\_\_ Roepnaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Geslacht: Man / Vrouw

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode + Woonplaats: \_\_\_\_\_

#### Telefoon

Privé: \_\_\_\_\_ Mobiel: \_\_\_\_\_ School/Werk: \_\_\_\_\_

#### E-mail

Privé: \_\_\_\_\_ School/Werk: \_\_\_\_\_

Naam huisarts/verwijzer: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

BSN: \_\_\_\_\_ Patiëntnummer: \_\_\_\_\_

Verzekering: \_\_\_\_\_ Nummer: \_\_\_\_\_

Religie / geloofsovertuiging: \_\_\_\_\_

Datum (van invullen): \_\_\_\_\_

## Verwijzing

Door wie ben je verwezen naar deze praktijk/afdeling? \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Op welke wijze ben je met ons in contact gekomen? \_\_\_\_\_

Wat is de directe aanleiding/reden van je aanmelding voor stotterklachten?  
\_\_\_\_\_

Hoe zou je je klachten waarvoor je hulp of advies zoekt omschrijven?  
\_\_\_\_\_

Is je huisarts op de hoogte van deze afspraak?

Ja

Nee

Is je werkgever/mentor op de hoogte van deze afspraak?

Ja

Nee

## Algemeen: opleiding

Voltooide school / opleiding(en):

basisschool    vmbo    mavo    havo    vwo    mbo, studie: \_\_\_\_\_  
 Anders, nl.: \_\_\_\_\_

Huidige school / opleiding(en):

vmbo    mavo    havo    vwo  
 mbo, studie: \_\_\_\_\_    hbo, studie: \_\_\_\_\_  
 Universiteit, studie: \_\_\_\_\_    Anders, nl.: \_\_\_\_\_

Huidige groep / jaar / studierichting:

Beroep: \_\_\_\_\_

Werkzaam als: \_\_\_\_\_ Sinds: \_\_\_\_\_ jaar: \_\_\_\_\_

**Algemeen: huidige leefsituatie**

Gezinssituatie van de ouders:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> gehuwd / geregistreerd partners / samenwonend | <input type="checkbox"/> gescheiden          |
| <input type="checkbox"/> eenoudergezin moeder                          | <input type="checkbox"/> eenoudergezin vader |
| <input type="checkbox"/> deeltijdouders                                | <input type="checkbox"/> anders, nl.: _____  |

Biologische vader: _____	leeftijd: _____
(school)opleiding: _____	beroep: _____

Biologische moeder: _____	leeftijd: _____
(school)opleiding: _____	beroep: _____

Broers / zussen:	Naam	Leeftijd	Geslacht	Opleiding/beroep
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

Speciale omstandigheden ten aanzien van je leef/woonsituatie:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. GEGEVENS ONTSTAAN EN ONTWIKKELING STOTTEREN

### Stotteren: ontstaan en ontwikkeling

Wanneer en hoe begon je te stotteren?

- |   |                          |                          |                          |    |                          |          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----------|
| leeftijd waarop je begon te stotteren                     | _____ jaar               | <input type="checkbox"/> | Onbekend                 |    |                          |          |
| het stotteren ontstond plotseling                         | <input type="checkbox"/> | Nee                      | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| het stotteren was direct altijd aanwezig                  | <input type="checkbox"/> | Nee                      | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| het stotterend spreken was gespannen                      | <input type="checkbox"/> | Nee                      | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| het stotteren bevatte herhalingen van klanken of woorden  | <input type="checkbox"/> | Nee                      | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| het stotteren bevatte verlengingen van klanken of woorden | <input type="checkbox"/> | Nee                      | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| het stotteren bevatte blokkades / gespannen pauzes        | <input type="checkbox"/> | Nee                      | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| hoe veel ik stotterde was erg wisselend                   | <input type="checkbox"/> | Nee                      | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| hoe ernstig ik stotterde was erg wisselend                | <input type="checkbox"/> | Nee                      | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |

## Stotteren: oorzaken

Welke oorzaken/aanleidingen in verband met jouw stotteren zijn wel eens genoemd in het verleden?

erfelijke aanleg in de familie voor stotteren  Nee  Ja  Onbekend

factoren bij zwangerschap/geboorte  Nee  Ja  Onbekend

eigen kwetsbare karakter/temperament  Nee  Ja  Onbekend

door moeilijkheden in de ontwikkeling van:

– motoriek, beweging  Nee  Ja  Onbekend

– cognitie, denkvermogen  Nee  Ja  Onbekend

– gehoor, doofheid  Nee  Ja  Onbekend

– psychologische, sociale ontwikkeling  Nee  Ja  Onbekend

door de spraak in de omgeving (ouders, volwassenen):

– hoog spreektempo  Nee  Ja  Onbekend

– complex, moeilijk woordgebruik  Nee  Ja  Onbekend

– complexe, ingewikkelde zinnen  Nee  Ja  Onbekend

– twee- of meertaligheid  Nee  Ja  Onbekend

door factoren in het eigen spreken, namelijk:

\_\_\_\_\_  Nee  Ja  Onbekend

invloed van een bepaalde gebeurtenis, namelijk:

– verhuizing  Nee  Ja  Onbekend

– overlijden van een familielid of geliefd persoon  Nee  Ja  Onbekend

– verlies van werk van ouder(s)  Nee  Ja  Onbekend

– geboorte/adoptie van een ander kind  Nee  Ja  Onbekend

– langdurige afwezigheid ouder(s)  Nee  Ja  Onbekend

– opname in een pleeggezin  Nee  Ja  Onbekend

– echtscheiding van de ouders  Nee  Ja  Onbekend

– een ongeluk  Nee  Ja  Onbekend

– anders, namelijk: \_\_\_\_\_

### Eerdere behandeling(en) voor stotteren

Ben je eerder behandeld voor je stotteren?  Nee  Ja, 1 keer  Ja, meerdere keren

Indien ja, wil je hieronder zoveel mogelijk gegevens over de (laatste) behandeling invullen?

Naam behandelaar of naam behandelmethode:

---

Adres behandelaar of van behandelmethode:

---

Begindatum: \_\_\_\_\_

Einddatum: \_\_\_\_\_

Inhoud van de behandeling:

spreektechniek

ademhaling

stem

articulatie

ontspanning

gedachten

gevoelens

lezen

Opmerkingen over de behandeling(en):

---

---

Resultaat direct na afloop:

Geen  Weinig  Redelijk  Goed  Klachtenvrij

Resultaat op lange termijn:

Geen  Weinig  Redelijk  Goed  Klachtenvrij

Wat vond je het minst bruikbaar?

---

---

Welke onderdelen heb je gemist?

---

---

### 3. HUIDIGE STOTTERPROBLEMATIEK

#### Het stotteren nu: kenmerken

Wat zijn de kenmerken van jouw stotteren gedurende de laatste tijd?

- |   |                          |     |                          |    |                          |          |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|----------|
| het stotteren is vaker aanwezig dan vroeger             | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| het stotteren is ernstiger dan vroeger                  | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| het stotteren is anders dan vroeger,<br>namelijk: _____ | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| het stotteren is altijd aanwezig                        | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| het stotterend spreken is gespannen                     | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| het stotteren bevat herhalingen van klanken of woorden  | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| het stotteren bevat verlengingen van klanken of woorden | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| het stotteren bevat blokkades / gespannen pauzes        | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| het stotteren gaat gepaard met meebewegingen            | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| hoe veel ik stotter is erg wisselend                    | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| hoe ernstig ik stotter is erg wisselend                 | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |

#### Het stotteren nu: klanken en woorden

Stotter je vaker bij bepaalde klanken, letters of woorden?  Nee  Ja  Onbekend

Indien ja, welke klanken/letters: \_\_\_\_\_

welke woorden/zinnen: \_\_\_\_\_

Word je onzeker of angstig bij bepaalde klanken, letters of woorden?  Nee  Ja  Onbekend

Indien ja, welke klanken/letters: \_\_\_\_\_

welke woorden/zinnen: \_\_\_\_\_

#### Het stotteren nu: situaties

Is het stotteren in sommige situaties geheel of gedeeltelijk afwezig?  Nee  Ja  Onbekend

Indien ja, in welke situaties: \_\_\_\_\_

Is het vloeiend spreken in sommige situaties extra moeilijk?  Nee  Ja  Onbekend

Indien ja, in welke situaties: \_\_\_\_\_



### Het stotteren nu: beoordeling

Hoe beoordeel je zelf je stotteren? (geef een cijfer: 0 = helemaal niet, 10 = maximaal)

Ik stotter erg	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ik stotter vaak	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ik ben bezorgd over het spreken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ik voel angst en/of schaamte voor mijn spreken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ik ben in gedachten vaak bezig met mijn stotteren	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ik heb 'piekergedachten' over het spreken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ik kan van tevoren voorspellen dat ik ga stotteren	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ik maak mij zorgen over mijn toekomst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ik ben minder assertief door het stotteren	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ik ben sociaal minder vaardig door het stotteren	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mijn sociale vaardigheden beperken mijn kwaliteit van leven	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
De reacties van mijn omgeving beperken mijn kwaliteit van leven	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mijn stotterend spreken beperkt mijn kwaliteit van leven	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mijn 'stottergedachten' beperken mijn kwaliteit van leven	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mijn 'stottergevoelens' beperken mijn kwaliteit van leven	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mijn leven zou er zonder stotteren anders uitzien	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### Het stotteren nu: eigen reactie

Hoe reageer je op het stotteren? (geef een cijfer: 0 = helemaal niet, 10 = maximaal)

Zet een cirkel op de plek van je eigen mening, zet een streep voor de mening van je ouders of anderen.

angst / spanning	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
boosheid / frustratie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
minderwaardigheidsgevoelens	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
schaamtegevoelens	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
zweten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
trillen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hartkloppingen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
rood worden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

verstarren	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
andere woorden kiezen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
andere zinnen kiezen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
stoppen met spreken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
personen vermijden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
situaties vermijden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
anderen het woord laten doen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
anderen je woorden laten aanvullen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
iets anders, namelijk: _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hoe beïnvloedt het stotteren het tempo van je spreken? (geef een cijfer: 0 = helemaal niet, 10 = maximaal)											
spreken is sneller	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
spreken is langzamer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
spreken is onregelmatig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Het stotteren nu: reacties anderen**

Hoe reageren anderen op je stotteren? (geef aan of dit geldt voor vroeger (V) of tegenwoordig (T)).

	familie		vrienden		op school		op het werk	
geen speciale reacties	V	T	V	T	V	T	V	T
men maakt vervelende opmerkingen	V	T	V	T	V	T	V	T
men doet het stotteren na	V	T	V	T	V	T	V	T
men geeft je adviezen	V	T	V	T	V	T	V	T
men lacht je uit	V	T	V	T	V	T	V	T
men laat je gewoon uitspreken	V	T	V	T	V	T	V	T
men reageert ongeduldig	V	T	V	T	V	T	V	T
men vermijdt spreken met jou	V	T	V	T	V	T	V	T
anders, namelijk de reactie:	_____							
door wie en wanneer:	_____							

### Het stotteren nu: sociale leven

Zijn er speciale omstandigheden of problemen in je persoonlijke leven die invloed (kunnen) hebben op het stotteren?

Nee

Ja, namelijk: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ga je graag naar je (school-)opleiding en / of je werk?

Ja

Nee, want: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hoeveel echt goede vrienden / vriendinnen heb je? \_\_\_\_\_

Hoeveel kennissen heb je? \_\_\_\_\_

In welke mate heeft het stotteren invloed op je persoonlijke of sociale leven?

Geen invloed

Weinig invloed, want: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Veel invloed, want: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Merk je op je school/werk dat men moeite heeft met jouw wijze van stotteren?

Geen moeite

Weinig moeite, want: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Veel moeite, want: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heeft het stotteren je keuze voor je huidige opleiding/werk beïnvloed?

Geen invloed

Weinig invloed, want: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Veel invloed, want: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hoe vind je dat mensen zouden moeten reageren op jouw stotteren?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Therapieresultaten

Wat verwacht je van de therapie? (geef een cijfer: 0 = helemaal niets, 10 = maximaal)

Zet een cirkel op de plek van uw eigen mening, zet een streep voor de mening van uw ouders of anderen.

verbetering inzicht in het stotteren	o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
verbetering vloeiendheid	o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
verbetering omgaan met stotteren (denken)	o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
verbetering omgaan met stotteren (voelen)	o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
verbetering omgaan met de reactie van luisteraars	o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
iets anders, namelijk: _____	o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Over welke eigenschappen beschik je die van invloed kunnen zijn op de therapie?  
(geef een cijfer: 0 = helemaal niets, 10 = maximaal)

gemotiveerd	o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
doortastend	o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
afwachtend	o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
humorvol	o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
passief / lui	o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
positief	o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
kritisch	o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
eigenwijs	o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
iets anders, namelijk: _____	o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Zijn er speciale omstandigheden of problemen in je persoonlijke leven die invloed (kunnen) hebben op de stottertherapie?

Nee

Ja, namelijk: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Informatie

Heb je wel eens iets gelezen over stotteren?

- Ja  Nee

Indien ja, waar?

- Informatie via boeken. Welke? \_\_\_\_\_
- Informatie via folders. Welke? \_\_\_\_\_
- Informatie via de site van de Nederlandse Federatie Stotteren ([www.stotteren.nl](http://www.stotteren.nl))
- Informatie van de cliëntenorganisatie Demosthenes
- Informatie van de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie
- Informatie van de Nederlandse Vereniging Logopedie en Foniatrie

Indien nee, ben je geïnteresseerd in informatie van:

*(Kruis aan van welke organisatie je graag informatie zou willen ontvangen)*

- Informatie van de Nederlandse Federatie Stotteren
- Informatie van de cliëntenorganisatie Demosthenes
- Informatie van de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie
- Informatie van de Nederlandse Vereniging Logopedie en Foniatrie

De Nederlandse Federatie Stotteren (NFS) is een samenwerkingsverband van de Nederlandse Stottervereniging Demosthenes en de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST). De NFS heeft als doel de kennis over het stotteren te verruimen en de stotterproblematiek in het algemeen te verminderen. De NFS werft fondsen waarmee projecten op het gebied van voorlichting, onderzoek en preventie worden ondersteund. Het Stotter Informatie Centrum is het landelijk informatiecentrum en het gezicht naar buiten toe van de NFS. Het is opgericht dankzij de giften van donateurs.

Je kunt je aanmelden als donateur bij het Stotter Informatie Centrum ([www.stotteren.nl](http://www.stotteren.nl)). Je krijgt dan het boekje *101 vragen en antwoorden over stotteren* gratis thuisgestuurd.

## 4. GEGEVENS SPRAAK/TAALONTWIKKELING

### Algemeen: spraak/taal-ontwikkeling

Op welke leeftijd begon je met spreken?

eerste woord(jes) met \_\_\_\_\_ maanden

eerste zinnnetjes met \_\_\_\_\_ maanden

Waren er vroeger bij je spreken bijzonderheden of moeilijkheden met:

- |                                       |                          |     |                          |    |                          |          |
|---------------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|----------|
| – de verstaanbaarheid van het spreken | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – de vloeiendheid van het spreken     | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – letters verkeerd uitspreken         | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – door de neus spreken                | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – stemproblemen                       | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – iets anders, namelijk: _____        |                          |     |                          |    |                          |          |

### Algemeen: logopedie

Heb je voor andere spraak- of taalproblemen (dus niet voor stotteren) als kind logopedie gehad?

Nee       Ja

Indien ja, wil je hieronder aangeven waarvoor en op welke leeftijd?

logopedie voor: \_\_\_\_\_

beginleeftijd: \_\_\_\_\_

eindleeftijd: \_\_\_\_\_

## 5. GEGEVENS ALGEMENE ONTWIKKELING EN GEZONDHEID

### Algemeen: ontwikkeling

Waren er in je ontwikkeling bijzonderheden of moeilijkheden bij:

- |                               |                          |     |                          |          |                          |                     |
|-------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|----------|--------------------------|---------------------|
| je moeders zwangerschap       | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Onbekend | <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk: _____ |
| je geboorte                   | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Onbekend | <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk: _____ |
| het zindelijk worden          | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Onbekend | <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk: _____ |
| het eetgedrag                 | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Onbekend | <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk: _____ |
| het leren kruipen             | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Onbekend | <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk: _____ |
| het leren lopen               | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Onbekend | <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk: _____ |
| het leren tekenen / schrijven | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Onbekend | <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk: _____ |
| het slaapgedrag               | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Onbekend | <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk: _____ |
| je gevoelens / emoties        | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Onbekend | <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk: _____ |
| het gedrag thuis              | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Onbekend | <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk: _____ |
| iets anders                   | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Onbekend | <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk: _____ |

### Algemeen: problemen

Heb je tijdens je (school-)opleiding(en) bepaalde moeilijkheden of problemen gehad?

- |                      |                          |     |                          |                            |                    |
|----------------------|--------------------------|-----|--------------------------|----------------------------|--------------------|
| leermoeilijkheden    | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk: _____        | op leeftijd: _____ |
| emotionele problemen | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk: _____        | op leeftijd: _____ |
| gedragsproblemen     | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk: _____        | op leeftijd: _____ |
| een jaar doubleren   | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja, op leeftijd(en): _____ |                    |
| iets anders          | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk: _____        | op leeftijd: _____ |

### Algemeen: temperament/karakter

In welke mate bezit je de volgende eigenschappen? (geef een cijfer: 0 = helemaal niet, 10 = maximaal)

Zet een cirkel op de plek van je eigen mening, zet een streep voor de mening van je ouders of anderen.

gesloten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
koppig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
spontaan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
opvliegend	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
verlegen / teruggetrokken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
zelfverzekerd	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kwetsbaar / gevoelig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nerveus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
veeleisend voor jezelf	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
veeleisend voor anderen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
behulpzaam	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
probleem oplossend	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
flexibel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
netjes en geordend	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
iets anders, namelijk _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### Algemeen: gezondheid

Komen bepaalde ziekten of aandoeningen in je familie voor? (vul bij broers/zusters het aantal personen in, bij grootouders of het vaders- (V) of moeders- (M) zijde betreft)

	jezelf	vader	moeder	broers	zusters	grootouders	
epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	V <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
allergieën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	V <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	V <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
gevoelig voor stress / spanningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	V <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
gevoelig voor angsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	V <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
geestelijke stoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	V <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
doofheid / slechthorendheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	V <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
spraak / taalproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	V <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>



tijdelijk stotteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
blijvend stotteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
anders, namelijk: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

Ben je links- of rechtshandig?

Linkshandig

Rechtshandig

Met beide handen even handig

**Algemeen: ziektegeschiedenis**

Heb je een aangeboren stoornis, ziekte of afwijking?  Nee  Ja, namelijk: \_\_\_\_\_

Heb je klachten ten aanzien van je gezondheid of conditie?  Nee  Ja, namelijk: \_\_\_\_\_

Ben je ooit in een ziekenhuis opgenomen geweest?  Nee  Ja, vanwege: \_\_\_\_\_

**Algemeen: medicatie**

Gebruik je medicijnen?

Nee

Vroeger, namelijk: \_\_\_\_\_

Momenteel, namelijk: \_\_\_\_\_

**Eerdere andere behandeling(en)**

Kreeg je eerder therapie of onderzoek voor iets anders dan stotteren?

Nee

Ja, 1 keer

Ja, meerdere keren

Indien ja, wilt je hieronder de gegevens invullen voor de (laatste) therapie / onderzoek?

Reden behandeling / onderzoek:

\_\_\_\_\_

Naam behandelaar:

\_\_\_\_\_

Adres behandelaar:

\_\_\_\_\_

Begindatum: \_\_\_\_\_ Einddatum: \_\_\_\_\_