

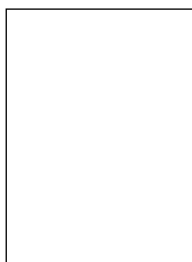
BIJLAGE 4.5
STOTTERANAMNESEFORMULIER
VOLWASSENEN

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 uw 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 uw gegevens 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 bent u verwezen naar deze praktijk/afdeling? _____

Woonplaats: _____

Op welke wijze bent u met ons in contact gekomen? _____

Wat is de directe aanleiding/reden van uw aanmelding voor stotterklachten?

Hoe zou u uw klachten waarvoor u hulp of advies zoekt omschrijven?

Is uw huisarts op de hoogte van deze afspraak?

Ja Nee

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

Ja Nee

Algemeen: opleiding

Voltooide school / opleiding(en):

basisschool lbo vmbo mavo havo vwo

mbo, studie _____ hbo, studie _____

Universitaire 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 gezins- en woonsituatie

Gezinssituatie van de ouders:

- gehuwd / geregistreerd partners / samenwonend
- gescheiden
- eenoudergezin moeder
- eenoudergezin vader
- deeltijdouders
- anders, nl.: _____

Woonsituatie:

- alleenwonend
- samenwonend met:
 - partner/echtgeno(o)t(e)
 - vader
 - broer(s)
 - anders, nl.: _____
- kind(eren)
- moeder
- zuster(s)

Sinds welk jaar woont u met uw huidige medebewoner(s), of alleen? Sinds _____

Biologische vader: _____ leeftijd: _____

(school)opleiding: _____ beroep: _____

Biologische moeder: _____ leeftijd: _____

(school)opleiding: _____ beroep: _____

Broers / zussen:	naam	leeftijd	geslacht	opleiding/beroep
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

Eigen kind(eren):	1	2	3	4	5	6
Leeftijd	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Geslacht (M/V)	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Speciale omstandigheden ten aanzien van uw leef/woonsituatie:

2. GEGEVENS ONTSTAAN EN ONTWIKKELING STOTTEREN

Stotteren: ontstaan en ontwikkeling

Wanneer en hoe begon u te stotteren?

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----------|
| leeftijd waarop u 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 u stotterde was erg wisselend | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| hoe ernstig u stotterde was erg wisselend | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |

Stotteren: oorzaken

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

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|----------|
| erfelijke aanleg in de familie voor stotteren | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| factoren bij zwangerschap/geboorte | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| eigen kwetsbare karakter/temperament | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| door moeilijkheden in de ontwikkeling van: | | | | | | |
| – motoriek, beweging | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – cognitie, denkvermogen | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – gehoor, doofheid | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – psychologische, sociale ontwikkeling | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| door de spraak in de omgeving (ouders, volwassenen): | | | | | | |
| – hoog spreektempo | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – complex, moeilijk woordgebruik | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – complexe, ingewikkelde zinnen | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – twee- of meertaligheid | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| door factoren in het eigen spreken, namelijk: | | | | | | |
| – _____ | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| invloed van een bepaalde gebeurtenis, namelijk: | | | | | | |
| – verhuizing | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – overlijden van een familielid of geliefd persoon | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – verlies van werk van ouder(s) | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – geboorte/adoptie van een ander kind | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – langdurige afwezigheid ouder(s) | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – opname in een pleeggezin | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – echtscheiding van de ouders | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – een ongeluk | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |
| – anders, namelijk: _____ | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Onbekend |

Eerdere behandeling(en) voor stotteren

Bent u eerder behandeld voor uw stotteren? Nee Ja, 1 keer Ja, meerdere keren

Indien ja, wilt u 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:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> spreektechniek | <input type="checkbox"/> ademhaling |
| <input type="checkbox"/> stem | <input type="checkbox"/> articulatie |
| <input type="checkbox"/> ontspanning | <input type="checkbox"/> gedachten |
| <input type="checkbox"/> gevoelens | <input type="checkbox"/> lezen |

Opmerkingen over de behandeling(en):

1 _____

2 _____

3 _____

Resultaat direct na afloop: Geen Weinig Redelijk Goed Klachtenvrij
Wat was het 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 uw 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,
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

Stottert u vaker bij bepaalde klanken, letters of woorden? Nee Ja Onbekend

Indien ja, welke klanken/letters? _____

Welke woorden/zinnen? _____

Wordt u 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 beoordeelt u zelf uw 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 reageert u op het stotteren? (geef een cijfer: 0 = helemaal niet, 10 = maximaal)

Zet een cirkel op de plek van uw eigen mening, zet een streep voor de mening van uw 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 uw 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 uw 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 uw stotteren? (geef aan of dit geldt voor vroeger (V) of tegenwoordig (T)).

	familie	vrienden	op school	op het werk
geen speciale reacties	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>
men maakt vervelende opmerkingen	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>
men doet het stotteren na	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>
men geeft u adviezen	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>
men lacht u uit	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>
men laat u gewoon uitspreken	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>
men reageert ongeduldig	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>
men vermijdt spreken met u	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>

anders, namelijk de reactie: _____

door wie en wanneer: _____

Het stotteren nu: sociale leven

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

Nee Ja, namelijk: _____

Gaat u graag naar uw (school-)opleiding en / of uw werk?

Ja Nee, want: _____

Hoeveel echt goede vrienden/vriendinnen heeft u? _____

Hoeveel kennissen heeft u? _____

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

Geen invloed

Weinig invloed, want: _____

Veel invloed, want: _____

Merkt u op uw school/werk dat men moeite heeft met uw wijze van stotteren?

Geen moeite

Weinig moeite, want: _____

Veel moeite, want: _____

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

Geen invloed

Weinig invloed, want: _____

Veel invloed, want: _____

Hoe vindt u dat mensen zouden moeten reageren op uw stotteren?

Therapieresultaten

Wat verwacht u 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 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

verbetering vloeiendheid 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

verbetering omgaan met stotteren (denken) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

verbetering omgaan met stotteren (voelen) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

verbetering omgaan met de reactie van luisteraars 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

Over welke eigenschappen beschikt u die van invloed kunnen zijn op de therapie?

(geef een cijfer: 0 = helemaal niets, 10 = maximaal)

gemotiveerd 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

doortastend 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

afwachtend 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

humorvol 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

passief / lui 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

positief 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

kritisch 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

eigenwijs 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

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

Nee

Ja, namelijk: _____

Informatie

Heeft u 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)

Informatie van de cliëntenorganisatie Demosthenes

Informatie van de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie

Informatie van de Nederlandse Vereniging Logopedie en Foniatrie

Indien nee, bent u geïnteresseerd in informatie van:

(Kruis aan van welke organisatie u 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

4. GEGEVENS SPRAAK/TAALONTWIKKELING

Algemeen: spraak/taal-ontwikkeling

Op welke leeftijd begon u met spreken?

eerste woord(jes) met _____ maanden

eerste zinnetje met _____ maanden

Waren er vroeger bij uw spreken bijzonderheden of moeilijkheden met:

de verstaanbaarheid van het spreken Nee Ja Onbekend

de vloeiendheid van het spreken Nee Ja Onbekend

letters verkeerd uitspreken Nee Ja Onbekend

door de neus spreken Nee Ja Onbekend

stemproblemen Nee Ja Onbekend

iets anders, namelijk: _____

Algemeen: logopedie

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

Nee Ja

Indien ja, wilt u hieronder aangeven waarvoor en op welke leeftijd?

logopedie voor: _____

beginleeftijd: _____

eindleeftijd: _____

5. GEGEVENS ALGEMENE ONTWIKKELING EN GEZONDHEID

Algemeen: ontwikkeling

Waren er in uw ontwikkeling bijzonderheden of moeilijkheden bij:

- | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|----------|--------------------------|---------------------|
| uw moeders zwangerschap | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Onbekend | <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk: _____ |
| uw 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: _____ |
| uw 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

Heeft u tijdens uw (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 u de volgende eigenschappen? (geef een cijfer: 0 = helemaal niet, 10 = maximaal)

Zet een cirkel op de plek van uw eigen mening, zet een streep voor de mening van uw 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 uw familie voor? (vul bij broers/zusters het aantal personen in, bij grootouders of het vaders- (V) of moeders- (M) zijde betreft)

	uzelf	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"/>

Bent u links- of rechtshandig?

- Linkshandig
- Rechtshandig
- Met beide handen even handig

Algemeen: ziektegeschiedenis

Heeft u een aangeboren stoornis, ziekte of afwijking? Nee Ja, namelijk: _____

Heeft u klachten ten aanzien van uw gezondheid of conditie? Nee Ja, namelijk: _____

Ben u ooit in een ziekenhuis opgenomen geweest? Nee Ja, vanwege: _____

Algemeen: medicatie

Gebruikt u medicijnen?

Nee

Vroeger, namelijk: _____

Momenteel, namelijk: _____

Eerdere andere behandeling(en)

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

Nee Ja, 1 keer Ja, meerdere keren

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

Reden behandeling / onderzoek:

Naam behandelaar:

Adres behandelaar:

Begindatum: _____ Einddatum: _____

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). Je krijgt dan het boekje *101 vragen en antwoorden over stotteren* gratis thuisgestuurd.