**Uw gegevens**

Uw naam : Geboortedatum:

Uw e-mailadres :

Uw huisarts :

**Gegevens van uw eerste contactpersoon:**

Naam : De relatie tot u:

Telefoonnummer :

E-mailadres :

**Vragenlijst**

1. Hoe woont u momenteel? (Zelfstandig/Aanleunwoning/verzorgingshuis?)....................................

Met wie woont u samen?..................................................................................................................

Heeft u een partner? **Ja/Nee** ...........................................................................................................

1. Heeft u kinderen? **Ja/Nee** Zo ja, hoeveel kinderen?..…………………………………………………………………

Heeft u goed contact met uw kinderen? ………………………………………………………………………………………

1. Gebruikt u hulpmiddelen: *(Omcirkel wat op u van toepassing is)*
	1. Gehoorapparaat
	2. Bril
	3. Rollator / Wandelstok / Looprekje
	4. Scootmobiel
	5. Anders, namelijk……………………………………………………………………………………………………
2. Kookt u zelf? **Ja/Nee**

*Indien Nee*: ik maak gebruik van: *(Omcirkel wat van toepassing is)*

1. Restaurant/catering verzorgingshuis
2. Maaltijdenservice aan huis (bijv. Tafeltje Dekje)
3. Kant-en-klaar maaltijden van de supermarkt
4. Mijn maaltijden worden gemaakt door mijn partner / kinderen / buren / kennissen
5. Anders, namelijk………………………………………………………………………………………….
6. Maakt u gebruik van thuiszorg voor huishoudelijke hulp? **Ja / Nee**

Zo ja, van welke organisatie?...............................................................................

1. Maakt u gebruik van thuiszorg voor persoonlijke verzorging? **Ja / Nee**

 Zo ja, van welke organisatie?...............................................................................

7. Heeft u meer hulp nodig? (Bijv. Huishouden, Koken) **Ja/Nee**

 8. Heeft u problemen met eten en drinken? **Ja / Nee**

 9. Bent u de afgelopen zes maanden twee of meer keer gevallen? **Ja / Nee**

 10. Heeft u problemen met lopen? **Ja / Nee**

 Zo ja, weet u waar dit door komt of wat de oorzaak is?......................................

 11.. Heeft u een wilsverklaring/euthanasieverklaring of niet-reanimeren penning? **Ja / Nee**

………………………………………………………..Meer informatie vindt u op [www.nvve.nl](http://www.nvve.nl)

**Deze volgende vragen gaan over uw situatie van de afgelopen maand.**

1. Kunt u geheel zelfstandig boodschappen doen? **Ja / Nee**

2. Kunt u geheel zelfstandig buitenshuis rondlopen (rondom huis of naar de buren?) **Ja / Nee**

3. Kunt u zich geheel zelfstandig aan- en uitkleden? **Ja / Nee**

4. Kunt u geheel zelfstandig van en naar het toilet gaan? **Ja / Nee**

**Met zelfstandig bedoelen we: zonder enige vorm van hulp van iemand. Gebruik maken van hulpmiddelen als stok, rollator, rolstoel, geldt als zelfstandig.**

1. Als u een rapportcijfer zou moeten geven voor uw lichamelijke fitheid, waarbij een 1 staat voor heel slecht, en een 10 staat voor uitstekend, wat zou dit cijfer dan zijn?

 **…………..**

6. Ondervindt u problemen in het dagelijks leven doordat u slecht ziet? **Ja / Nee**

7. Ondervindt u problemen in het dagelijks leven doordat u slecht hoort? **Ja / Nee**

8. Bent u de afgelopen 6 maanden veel afgevallen zonder dat u dat wilde? **Ja / Nee**

9. Gebruikt u op dit moment 4 of meer verschillende soorten medicijnen? **Ja / Nee**

10. Heeft u klachten over uw geheugen? **Ja / Nee**

11. Ervaart u wel eens een leegte om u heen? **Ja / Nee**

12. Mist u wel eens mensen om u heen? **Ja / Nee**

13. Voelt u zich wel eens in de steek gelaten? **Ja / Nee**

14. Heeft u zich de laatste tijd somber of neerslachtig gevoeld? **Ja / Nee**

15. Heeft u zich de laatste tijd nerveus of angstig gevoeld? **Ja / Nee**

**Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.**

Wij willen u vragen dit formulier in de huisartsenpraktijk af te geven of op te sturen naar: