

Naam:

Geb.datum:

Datum:

Valagenda

De valagenda dient te worden ingevuld door de patiënt en zijn partner en/of verzorger na elk valincident.

U bent gevallen. Wij willen graag meer weten over de omstandigheden voorafgaand aan, tijdens en na afloop van uw val. Wilt u zo vriendelijk zijn onderstaande vragen allemaal te beantwoorden. Kiest u steeds het antwoord dat het best bij uw situatie past.

Voorafgaand aan de val

- 1 Waar was u toen u viel?
 binnenshuis
 buitenshuis

- 2 Was u in een bekende of onbekende omgeving?
 bekende omgeving
 onbekende omgeving
- 3 Waar bestond de ondergrond uit (bijvoorbeeld vloerbedekking, gladde tegels, gras)?
.....

- 4 Waren er obstakels om u heen? (bijvoorbeeld stoelen, auto's, deuropening)
 ja
 nee

- 5 Wat voor schoeisel droeg u? (bijvoorbeeld pantoffels, laarzen, niets)
.....

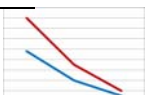
- 6 Had u het gevoel dat u bevroor (freezing) vlak voor de val?
 ja
 nee

- 7 Was u duizelig vlak voor de val?
 ja
 nee

- 8 Raakte u bewusteloos voordat u viel?
 ja
 nee

- 9 Had u last van hartkloppingen?
 ja
 nee

- 10 Had u last van overtollige bewegingen (dyskinesieën)?
 ja
 nee



Naam:

Geb.datum:

Datum:

11 Was u *on* of *off*? (werkte de medicatie goed of slecht)

- on*, de medicatie werkte goed
- off*, de medicatie werkte slecht
- geen idee

12 Voelde u zich slaperig?

- ja
- nee

13 Vonden personen die bij u waren vlak voor de val u verward, of voelde u zich verward?

- ja, namelijk:
- nee

14 Zijn er kortgeleden veranderingen geweest in uw medicatie?

- ja
- nee

15 Hoeveel uur voor de val had u voor het laatst uw medicatie ingenomen?

Tijdens de val

16 Hoe laat was het toen u viel?

17 Had u iets in uw handen toen u viel?

- ja
- nee

18 Wat was u aan het doen toen u viel? (bijvoorbeeld opstaan uit stoel, draaien tijdens lopen)

.....

19 Werd u afgeleid door iets of iemand toen u viel? (bijvoorbeeld sprak u met iemand)

- ja
- nee

20 Veranderde u net van lichaamshouding toen u viel?

- ja, namelijk:
- nee

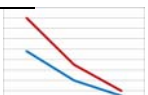
Na afloop van de val

21 Had u hulp nodig bij het opstaan na de val?

- ja
- nee

22 Had u last van geheugenverlies na de val?

- ja
- nee



Naam: _____

Geb.datum: _____

Datum: _____

23 Had u lichamelijk letsel door de val?

- ja, namelijk:
- nee

24 Moest u na de val in het ziekenhuis opgenomen worden?

- ja, omdat:
- nee

25 Bent u bang om te vallen of bewegen?

- ja
- nee

Opmerkingen:

.....

.....

.....

