

## DTL-screening volwassenen

(vul in of streep door wat niet van toepassing is)

### Algemeen:

- Wat is de reden van uw aanmelding? .....
- Zijn er daarnaast nog andere klachten? .....
- Bent u (hiervoor) onlangs nog bij een arts/ therapeut geweest? .....
- Staat u bij een arts/therapeut onder behandeling? .....
- Zijn er (pijn)klachten in mond, neus, keel of oor? **Ja/soms/nee**
- Zijn er gehoorproblemen? **Ja/nee** .....
- Bent u vaak verkouden? **Ja/nee**
- Bent u de laatste tijd veel afgevallen/ aangekomen en hebt u een idee hoe dit komt?  
.....
- Bent u allergisch/ astmatisch? **Ja/nee** .....
- Hebt u problemen met ademen of bent u wel eens benauwd? .....
- Hebt u regelmatig hoofdpijn? **Ja/nee**
- Hebt u problemen waarvan u denkt dat de oorzaak in de hersenen ligt en waarvoor u nog niet bij een arts bent geweest? **Ja/nee** .....
- Denkt u dat uw problemen het gevolg van spanningen zouden kunnen zijn? **Ja/nee**  
.....
- Hebt u recentelijk een ongeval of operatie gehad of iets vervelends meegemaakt? **Ja/nee**  
.....

### Eten en drinken:

- Zijn er problemen op het gebied van eten en drinken? **Ja/nee** .....
- Hebt u problemen met kauwen en slikken? **Ja/nee** .....
- Hoest u regelmatig tijdens/ vlak na de maaltijd? **Ja/nee** .....
- Hebt u last van speekselverlies/kwijlen? **Ja/nee** .....

### Spraak /Taal:

- Kunt u goed dingen onthouden en was dat eerder anders? .....
- Stottert u? **Ja/nee** .....
- Zo ja, is het stotteren plotseling begonnen en hoe oud was u toen?  
.....
- Zijn er afwijkingen aan de lip, kaak en/of gehemelte? **Ja/nee** .....
- Zo ja, bent u hiervoor behandeld? **Ja/nee**
- Is onlangs uw spierkracht of gevoel in het mondgebied of het gezicht veranderd/verminderd?  
**Ja/nee**
- Hebt u een onvolledig gebit of een gebitsprothese? **Ja/nee**
- Zo ja, hebt u problemen en wordt u hiervoor behandeld? .....
- Hebt u moeite met het ademen door de neus? **Ja/nee** .....
- Hebt u het gevoel dat er iets in uw keel zit? **Ja/nee** .....

### Stem:

- Bent u hees? **Ja/nee**
- Zo ja, hoe lang? .....
- Hebt u pijnklachten tijdens spreken? .....
- Komen stemproblemen voor in de familie? **Ja/nee** Bij .....
- Bent u uw stem onlangs wel eens helemaal kwijt geweest? **Ja/nee**
- Zo ja, hoe lang? .....
- Bent u vaak moe? .....
- Klinkt de stem anders dan voorheen? **Ja/nee** Hoe? .....
- Is er sprake van medicijngebruik? **Ja/nee**
- Zo ja, waarvoor? .....
- Is er sprake van overmatig alcoholgebruik? **Ja/nee**
- Rookt u? **Ja/nee**
- Hebt u vaak last van brandend maagzuur/ boeren/ snel overgeven/ buikpijn? .....
- Bij vrouwen: Hebt u klachten die te maken hebben met de overgang? .....
- Denkt u dat een veranderde hormoonhuishouding een oorzaak kan zijn? .....
- Zweet u snel? .....