

Naam:

Geb.datum:

Datum:

---

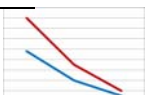
## Valagenda

**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

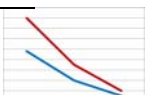
***Na afloop van de val***

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:**

.....

.....

.....

