

Valanamnese

De valanamnese wordt ingevuld door de persoonlijk begeleider.

Naam cliënt:	
Geboortedatum:	
Locatie:	
Ingevuld door:	
Datum:	
Relevante aanwezige aandoeningen:	Parkinson/ CVA / Reuma / Diabetes / Hart- en vaatziekten / Epilepsie / Spasticiteit / Motorische problemen

Valinventarisatie

Omstandigheden en toedracht van de val

1. Waar bent u gevallen?	
2. Wanneer bent u gevallen? Was u alleen toen het gebeurde, zo nee wie was erbij?	
3. Hoe komt het dat u gevallen bent?	
4. Wat was u aan het doen toen u viel?	
5. Had de val gevolgen voor u, bijvoorbeeld blauwe plekken, ander letsel, of angst om te vallen?	
6. Bent u vaker gevallen? Zo ja, waar?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
7. Voelde u de val aankomen?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
8. Heeft u een idee hoe u de val had kunnen voorkomen?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>

9. Welke acties zijn al ondernomen om een val te voorkomen?	
10. Hoe kan in de toekomst vallen voorkomen worden?	
Osteoporose	
11. Heeft u wel eens iets gebroken? Zo ja, wat?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
12. Gebruikt u medicatie in verband met botontkalking? (denk aan merknamen: fosamax; didrokit; forsteo; bonviva; evista, calcichew)	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
13. Wat is uw gewicht: Wat is uw lengte:	
14. Hoe vaak komt u buiten? Dagelijks/ wekelijks / maandelijks / vrijwel nooit	
15. Hoeveel van de genoemde melkproducten gebruikt u op een dag:	
• Melk/ karnemelk	
• Kaas	
• Yoghurt/ Vla	
16. Hoeveel beweegt u? (bijvoorbeeld half uur wandelen)	
Dagelijks / 3x per week / wekelijks / maandelijks / nooit	
Medicatie	
17. Welke medicijnen gebruikt u op dit moment?	

Leefstijl	
18. Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen per week?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
19. Rookt u?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Mobiliteit en evenwicht	
20. Heeft u moeite met lopen?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
21. Gebruikt u een hulpmiddel bij het lopen? Welk hulpmiddel gebruikt u? Wanneer is dit hulpmiddel voor het laatst gecontroleerd?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
22. Heeft u goede schoenen? (pasvorm, zool, hakhoogte)	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
23. Voelt u zich onvast ter been?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
24. Heeft u klachten in uw voeten of benen? <input type="checkbox"/> Pijn <input type="checkbox"/> Krachtsverlies <input type="checkbox"/> Stijfheid der gewrichten	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Duizeligheid	
25. Bent u wel eens duizelig? Zo ja, hoe vaak en wanneer? Bent u daar wel eens voor bij de huisarts geweest?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
26. Is uw bloeddruk recent gemeten? Zo ja, wat was het resultaat?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Visus	
27. Kunt u goed zien?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
28. Heeft u problemen met lezen?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
29. Wanneer zijn uw ogen voor het laatst gecontroleerd?	

Incontinentie	
30. Hoe vaak gaat u per dag naar het toilet?	
31. Verliest u wel eens urine?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Zo ja, is de huisarts hiervan op de hoogte?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Gebruikt u incontinentiemateriaal?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Gedrag en cognitie	
32. Heeft u angst om te vallen?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Zo ja, wordt u hierdoor belemmerd in uw dagelijkse bezigheden?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
33. Doet u dingen waarvan bekend is dat ze het risico op vallen vergroten?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
34. Merkt u wel eens dat u vergeetachtig bent?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Huis en omgevingsveiligheid	
35. Woont u alleen?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
36. Heeft u een personen alarmeringssysteem?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
37. Vindt u uw woning valveilig?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
38. Vindt u uw woonomgeving valveilig?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>

Conclusie

1. Wat zijn de problemen? (stel dit vast in overleg met de cliënt/ wettelijk vertegenwoordiger.

2. Wat zijn de wensen/ verwachtingen van de cliënt/ wettelijk vertegenwoordiger ten aanzien van bovenstaande?

3. Wat zijn de mogelijke interventies, bespreek deze met de cliënt en/ of wettelijk vertegenwoordiger.