



PRETORIA VOICE CLINIC

DR. CARL SWANEPOEL

Ear, Nose and Throat Specialist
Practice no: 3003620 HPCSA no: MP0366056
Room 206 Life Groenkloof Hospital, Pretoria
Tel: +27 12 460 1284 / 066 249 1662
E-mail: doctor@drswanepoel.com
Web: www.pretoriavoicelclinic.co.za

GISELLE MAARTENS

Speech Therapist & Audiologist
Practice no: 0468681 HPCSA no: STA0026646
Cell no: +27 83 387 3566

GEVALSGESKIEDENIS

Naam: Ouderdom: Geslag: Datum:

STEMKLAGTES

1. Hoe sal jy jou stemsimptome beskryf?

	Ja	Nee
• Hees	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Asemrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beklemmend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Inspanningsvol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Swak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Monotoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verduidelik asseblief:

2. Hoe lank het jy al jou huidige stemprobleem?

3. Weet jy wat die oorsaak is? Ja Nee

Indien ja, verduidelik:

4. Het dit stadig oor tyd of skielik begin? Stadig Skielik

5. Word dit: Erger Beter Dieselfde

6. Verander jou stem deur die dag?

Indien ja, verduidelik:

7. Op 'n skaal, waar **1= baie gering** en **5 = baie erg** is, hoe sal jy jou stemsimptome klassifiseer?

8. Hoe gereeld doen jy die volgende?

	Nooit	Bykans nooit	Soms	Bykans altyd	Altyd
Roep of skree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praat hard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praat baie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praat bo-oor geraas uit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruik telefoon / selfoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoes en/of maak keelskoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FISIESE SIMPTOME

1. Het jy enige brand-, pyn-, kielie- of irritasiegevoel in jou keel? Ja Nee
2. Het jy soms die sensasie van 'n 'knop' in die keel? Ja Nee
3. Het jy enige seer of styfheid in jou keel? Ja Nee
4. Voel jy enige spanning in jou nek area? Ja Nee
5. Word jou stem maklik moeg? Ja Nee
6. Voel jy asof jy moet forseer om stem te produseer? Ja Nee
7. Voel jy asof jy gereeld moet hoes of jou keel moet skoonmaak? Ja Nee
8. Ervaar jy enige probleme om jou stem te projekteer? Ja Nee

MEDIESE GESKIEDENIS

1. Het jy enige operasies gehad of siektes onderlede? Ja Nee
Indien ja, beskryf:
2. Is jy al ooit geintubeer (asemhalingsbuis onder narkose)? Ja Nee Onseker
Indien ja, beskryf:
3. Het jy enige neurologiese toestande? Ja Nee
Indien ja, beskryf:
4. Het jy enige respiratoriese probleme soos asma, allergieë, postnasale drup, sinusprobleme of enige ander toestand? Ja Nee
Indien ja, beskryf:
5. Allergieë: Ja Nee Indien ja, beskryf:
6. Het jy reflux of soerbrand? Ja Nee
Indien ja, beskryf:
7. Het jy enige hormonale probleme soos hipo- of hipertirose, of enige ander probleem? Ja Nee
Indien ja, beskryf:
8. Ervaar jy enige ander simptome, soos dubbelvisie, swakheid of verlamming van die gesig, probleme om te sluk, bewerasies, tremors of enige iets anders? Ja Nee
Indien ja, beskryf:
9. Het jy 'n kop- of nekbesering soos 'sweepslag', of iets dergeliks? Ja Nee
Indien ja, beskryf:
10. Lys al die medikasies wat jy neem, insluitende voorskrifte, oor-die-toonbank-medikasie, vitamienes en aanvullings.

BEROEPSTEMVEREISTES

1. Beroep:
2. Is jy 'n professionele stemgebruiker soos 'n onderwyser, verkoops- of regspersoon? Ja Nee
Indien ja, beskryf:
3. Is jy 'n professionele of amateursanger? Ja Nee
Indien ja, beskryf:
4. Op 'n skaal van 1-5, waar 1 = baie min en 5 = oormatig is, hoe sal jy jou daaglikse stemgebruik klassifiseer?
5. Is daar baie hoë geraasvlakke in jou werksomgewing? Ja Nee
Indien ja, beskryf:
6. Is jy blootgestel aan dampe, besoedeling en ander irritasie-middels in jou werksplek soos ammoniak, chemikalieë, stof of ander stowwe? Ja Nee
Indien ja, beskryf:

LEWENSSTYL

1. Rook jy? Ja Nee Indien ja, hoeveel per dag:
2. Indien nie, het jy voorheen gerook? Wanneer?
3. Drink jy alkohol? Ja Nee Indien ja, hoeveel per week?
4. Drink jy kafeïendrankies (tee, koffie en gaskoeldrank)? Ja Nee Indien ja, hoeveel per dag
5. Hoeveel water drink jy per dag?
6. Volg jy oor die algemeen 'n gesonde dieet? Ja Nee
7. Het jy 'n baie aktiewe sosiale lewe? Ja Nee Beskryf:
8. Het enige iemand in jou familie of vriendekring 'n gehoorverlies? Ja Nee

VIR PROFESSIONELE STEMGEBRUIKERS

1. Het jy al ooit opleiding ontvang vir jou stem of sangstem? Ja Nee
Indien wel, lys jou onderwysers en jare van opleiding:
2. Doen jy gereelde stemoefeninge? Ja Nee Indien ja, beskryf:
3. Warm jy jou stem op voor 'n dag se werk of oefening of optrede? Ja Nee
4. Warm jy jou stem af na intensiewe gebruik? Ja Nee