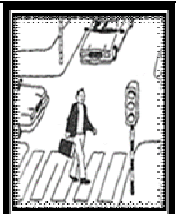
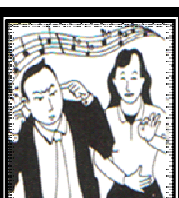
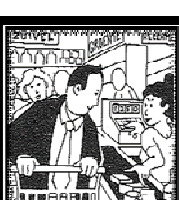
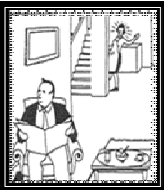
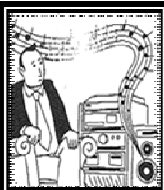
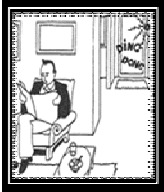


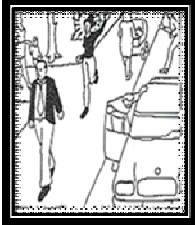
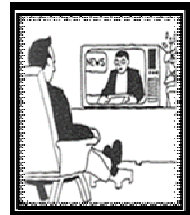
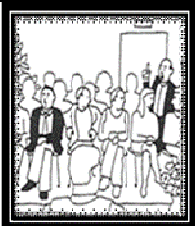
| Identificatiegegevens                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Achternaam :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Voornaam :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Geboortedatum :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Algemene gegevens in verband met uw gehoor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Heeft u ooit hoortoestellen gedragen ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div>NEE JA</div> <div><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Draagt u nu hoortoestellen ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <div>NEE JA</div> <div><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Zo ja, rechts, links of op beide oren ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <div>Rechts Links Beide oren</div> <div><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                             |
| Hoe goed hoort u (zonder hoortoestellen) ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <div>Erg slecht Erg goed</div> <div><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div>  |
| Bijkomende gegevens in verband met uw auditief functioneren                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Hoeveel bijgeluiden zijn er in de situaties waar u zeker moet kunnen converseren ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <div>Totaal geen Erg veel</div> <div><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> |
| Hoe vaak moet u kunnen converseren in situaties met bijgeluiden ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <div>Nooit Erg veel</div> <div><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div>       |
| Hoe vaak moet u kunnen converseren in situaties met 5 of meer gesprekspartners?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <div>Nooit Erg veel</div> <div><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div>       |
| Hoe vaak moet u kunnen converseren met een spreker op grote afstand?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <div>Nooit Erg veel</div> <div><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div>       |
| <p>In vragenlijst die volgt wordt over verschillende aspecten van horen een aantal vragen gesteld. Graag vernemen wij van u welke van die aspecten bij u moeilijkheden opleveren. Elke slechthorende kan het beste zelf aangeven waar voor hem of haar de knelpunten liggen. Daarom leggen wij deze vragenlijst aan u voor. Door middel van deze lijst krijgt u de mogelijkheid aan te geven of u door uw slechthorendheid gehinderd wordt en zo ja, wanneer en in welke mate. Wij vragen u de lijst zorgvuldig in te vullen. U zult ongeveer een half uur nodig hebben om alle vragen te beantwoorden.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| <p>Gelieve alle vragen te beantwoorden (zet een x in het vakje dat van toepassing is)<br/>Indien U hoortoestellen draagt, vul dan het resultaat in "met hoortoestellen"</p> |                                                                                                   |                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                            | <p>1.</p> <p>Kunt u het geluid van verschillende muziekinstrumenten onderscheiden?</p>            | <p>Bijna nooit   Soms   Vaak   Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/></p> |
|                                                                                            | <p>2.</p> <p>Kunt u horen met welke intonatie en stembuiging mensen spreken?</p>                  | <p>Bijna nooit   Soms   Vaak   Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/></p> |
|                                                                                           | <p>3.</p> <p>Kunt u het ritme in een muziekstuk of lied horen?</p>                                | <p>Bijna nooit   Soms   Vaak   Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/></p> |
|                                                                                          | <p>4.</p> <p>Kunt u iemand verstaan die u aanspreekt op een verjaardagsfeest of een receptie?</p> | <p>Bijna nooit   Soms   Vaak   Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/></p> |
|                                                                                          | <p>5.</p> <p>Hoort u op straat onmiddellijk vanuit welke richting een auto aan komt rijden?</p>   | <p>Bijna nooit   Soms   Vaak   Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/></p> |
|                                                                                          | <p>6.</p> <p>Kunt u iemand die u aanspreekt in een drukke straat verstaan?</p>                    | <p>Bijna nooit   Soms   Vaak   Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/></p> |
|                                                                                          | <p>7.</p> <p>Verstaat u de nieuwslezer op de radio bij een normaal volume?</p>                    | <p>Bijna nooit   Soms   Vaak   Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/></p> |

| Gelieve alle vragen te beantwoorden (zet een x in het vakje dat van toepassing is)<br>Indien U hoortoestellen draagt, vul dan het resultaat in "met hoortoestellen" |                                                                                                                |                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                    | <p>8.</p> <p>Kunt u een TV-presentator alleen aan zijn stem herkennen?</p>                                     | <p>Bijna nooit   Soms   Vaak   Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/></p> |
|                                                                                    | <p>9.</p> <p>Vindt u het storend als de radio of tv aan staat tijdens een gesprek?</p>                         | <p>Bijna nooit   Soms   Vaak   Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/></p> |
|                                                                                    | <p>10.</p> <p>Ervaat u dat muziek te hard in uw oren klinkt, terwijl het voor omstanders aangenaam klinkt?</p> | <p>Bijna nooit   Soms   Vaak   Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/></p> |
|                                                                                  | <p>11.</p> <p>Kunt u een winkelbediende in een drukke winkel verstaan?</p>                                     | <p>Bijna nooit   Soms   Vaak   Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/></p> |
|                                                                                  | <p>12.</p> <p>Wanneer u met meerdere mensen aan tafel zit te eten, kunt u het gesprek dan volgen?</p>          | <p>Bijna nooit   Soms   Vaak   Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/></p> |
|                                                                                  | <p>13.</p> <p>Kunt u met één persoon in een rustige omgeving een gesprek voeren?</p>                           | <p>Bijna nooit   Soms   Vaak   Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/></p> |
|                                                                                  | <p>14.</p> <p>Kunt u een telefoongesprek voeren in een rustige kamer?</p>                                      | <p>Bijna nooit   Soms   Vaak   Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/></p> |

| <p>Gelieve alle vragen te beantwoorden (zet een x in het vakje dat van toepassing is)<br/>Indien U hoortoestellen draagt, vul dan het resultaat in "met hoortoestellen"</p> |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------|------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                            | <p>15.</p> <p>Kunt u in een rustig huis horen vanuit welke hoek van de kamer iemand tot u spreekt?</p>                                  | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bijna nooit</th> <th>Soms</th> <th>Vaak</th> <th>Bijna altijd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | Bijna nooit              | Soms | Vaak | Bijna altijd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bijna nooit                                                                                                                                                                 | Soms                                                                                                                                    | Vaak                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Bijna altijd             |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                            | <p>16.</p> <p>Zijn er delen in muziekstukken of liederen die u mist, terwijl u andere delen in datzelfde muziekstuk wel kunt horen?</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bijna nooit</th> <th>Soms</th> <th>Vaak</th> <th>Bijna altijd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | Bijna nooit              | Soms | Vaak | Bijna altijd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bijna nooit                                                                                                                                                                 | Soms                                                                                                                                    | Vaak                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Bijna altijd             |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                            | <p>17.</p> <p>Herkent u verschillende familieleden aan hun stemmen?</p>                                                                 | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bijna nooit</th> <th>Soms</th> <th>Vaak</th> <th>Bijna altijd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | Bijna nooit              | Soms | Vaak | Bijna altijd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bijna nooit                                                                                                                                                                 | Soms                                                                                                                                    | Vaak                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Bijna altijd             |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                          | <p>18.</p> <p>Kunt u auto's horen die passeren of aan komen rijden?</p>                                                                 | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bijna nooit</th> <th>Soms</th> <th>Vaak</th> <th>Bijna altijd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | Bijna nooit              | Soms | Vaak | Bijna altijd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bijna nooit                                                                                                                                                                 | Soms                                                                                                                                    | Vaak                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Bijna altijd             |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                          | <p>19.</p> <p>Kunt u gezongen tekst (Nederlands) verstaan?</p>                                                                          | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bijna nooit</th> <th>Soms</th> <th>Vaak</th> <th>Bijna altijd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | Bijna nooit              | Soms | Vaak | Bijna altijd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bijna nooit                                                                                                                                                                 | Soms                                                                                                                                    | Vaak                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Bijna altijd             |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                          | <p>20.</p> <p>Kunt u mannenstemmen van vrouwenstemmen onderscheiden?</p>                                                                | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bijna nooit</th> <th>Soms</th> <th>Vaak</th> <th>Bijna altijd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | Bijna nooit              | Soms | Vaak | Bijna altijd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bijna nooit                                                                                                                                                                 | Soms                                                                                                                                    | Vaak                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Bijna altijd             |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                          | <p>21.</p> <p>Kunt u zonder veel inspanning iemand verstaan die naast u in de bus of in de auto zit?</p>                                | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bijna nooit</th> <th>Soms</th> <th>Vaak</th> <th>Bijna altijd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | Bijna nooit              | Soms | Vaak | Bijna altijd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bijna nooit                                                                                                                                                                 | Soms                                                                                                                                    | Vaak                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Bijna altijd             |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |      |      |              |                          |                          |                          |                          |

| Gelieve alle vragen te beantwoorden (zet een x in het vakje dat van toepassing is)<br>Indien U hoortoestellen draagt, vul dan het resultaat in "met hoortoestellen" |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                    | <p>22.</p> <p>Hoort u de geluiden in het huishouden (stofzuiger, wasmachine, stromend water)?</p>                                   | <p>Bijna nooit      Soms      Vaak      Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> |  |
|                                                                                    | <p>23.</p> <p>Kunt u thuis de deurbel horen?</p>                                                                                    | <p>Bijna nooit      Soms      Vaak      Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> |  |
|                                                                                    | <p>24.</p> <p>Kunt u een bepaalde melodie in een muziekstuk of een lied herkennen?</p>                                              | <p>Bijna nooit      Soms      Vaak      Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> |  |
|                                                                                  | <p>25.</p> <p>Hoort u buiten de vogels zingen?</p>                                                                                  | <p>Bijna nooit      Soms      Vaak      Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> |  |
|                                                                                  | <p>26.</p> <p>Hoort u het wanneer iemand van achteren naar u toe komt lopen?</p>                                                    | <p>Bijna nooit      Soms      Vaak      Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> |  |
|                                                                                  | <p>27.</p> <p>Vermindert u het volume van radio en/of tv of schakelt u deze volledig uit om een gesprek gemakkelijker te maken?</p> | <p>Bijna nooit      Soms      Vaak      Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> |  |
|                                                                                  | <p>28.</p> <p>Hoort u op straat waar zich een toeterende auto bevindt?</p>                                                          | <p>Bijna nooit      Soms      Vaak      Bijna altijd</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> |  |

| Gelieve alle vragen te beantwoorden (zet een x in het vakje dat van toepassing is)<br>Indien U hoortoestellen draagt, vul dan het resultaat in "met hoortoestellen"                                          |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------|------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                             | <p>29.</p> <p>Kijkt u onmiddellijk de goede kant op als u op straat door iemand geroepen wordt?</p>                                   | <table border="1"> <tr> <th>Bijna nooit</th> <th>Soms</th> <th>Vaak</th> <th>Bijna altijd</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Bijna nooit              | Soms | Vaak | Bijna altijd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bijna nooit                                                                                                                                                                                                  | Soms                                                                                                                                  | Vaak                                                                                                                                                                                                                                                             | Bijna altijd             |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                             | <p>30.</p> <p>Ervaart u bijgeluiden, zoals het geluid van een stofzuiger of huishoudtoestellen, als erg hinderlijk of vermoeiend?</p> | <table border="1"> <tr> <th>Bijna nooit</th> <th>Soms</th> <th>Vaak</th> <th>Bijna altijd</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Bijna nooit              | Soms | Vaak | Bijna altijd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bijna nooit                                                                                                                                                                                                  | Soms                                                                                                                                  | Vaak                                                                                                                                                                                                                                                             | Bijna altijd             |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                            | <p>31.</p> <p>Verstaat u de nieuwslezer op TV bij een normaal volume?</p>                                                             | <table border="1"> <tr> <th>Bijna nooit</th> <th>Soms</th> <th>Vaak</th> <th>Bijna altijd</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Bijna nooit              | Soms | Vaak | Bijna altijd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bijna nooit                                                                                                                                                                                                  | Soms                                                                                                                                  | Vaak                                                                                                                                                                                                                                                             | Bijna altijd             |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                           | <p>32.</p> <p>Kunt u op straat het geluid van een auto onderscheiden van het geluid van een bus?</p>                                  | <table border="1"> <tr> <th>Bijna nooit</th> <th>Soms</th> <th>Vaak</th> <th>Bijna altijd</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Bijna nooit              | Soms | Vaak | Bijna altijd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bijna nooit                                                                                                                                                                                                  | Soms                                                                                                                                  | Vaak                                                                                                                                                                                                                                                             | Bijna altijd             |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                           | <p>33.</p> <p>Kunt u horen vanuit welke hoek van de zaal een vraag gesteld wordt tijdens een bijeenkomst?</p>                         | <table border="1"> <tr> <th>Bijna nooit</th> <th>Soms</th> <th>Vaak</th> <th>Bijna altijd</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Bijna nooit              | Soms | Vaak | Bijna altijd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bijna nooit                                                                                                                                                                                                  | Soms                                                                                                                                  | Vaak                                                                                                                                                                                                                                                             | Bijna altijd             |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
| Ik heb alle vragen zelfstandig ingevuld                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                       | <p>Nee                      Ja</p> <p><input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                 |                          |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
| Indien Nee, wie heeft u hierbij geholpen ? :                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
| Datum :                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                       | Handtekening :                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |      |      |              |                          |                          |                          |                          |
| <p>© Alle rechten voorbehouden. Deze vragenlijst mag enkel gebruikt worden in het kader van het ZN hoorprotocol. De vragenlijst is eigendom van de afdeling Audiologie, VU medisch centrum te Amsterdam.</p> |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |      |      |              |                          |                          |                          |                          |