

Vragenlijst voor patiënten met keel- / stemklachten

Keel-, Neus- en Oorheelkunde / Logopedie

Ruimte voor sticker patiëntgegevens

Datum: - ____ - ____ - ____

Reflux Symptomen Index (RSI)

(Score index voor indicatie wanneer er sprake is van zuurbranden)

Wat is uw belangrijkste klacht? _____

Hoelang heeft u deze klachten? _____

Wanneer zijn deze het ergst? ochtend – middag – avond *(doorhalen wat niet van toepassing is)*

Hoeveel last heeft u in de afgelopen maanden gehad van:
(omcirkel wat bij u van toepassing is, 0 = geen probleem, 5 = ernstig probleem)

1.	Schorheid of stemproblemen	0	1	2	3	4	5
2.	Keelschrapen	0	1	2	3	4	5
3.	Slijm in de keel / achter in de neus	0	1	2	3	4	5
4.	Moeite met slikken (pillen / voedsel)	0	1	2	3	4	5
5.	Hoesten na het eten of als u ligt	0	1	2	3	4	5
6.	Moeite met ademen of het gevoel dat u stikt	0	1	2	3	4	5
7.	Vervelende irritante hoest	0	1	2	3	4	5
8.	Het gevoel dat er iets (brok) in de keel zit	0	1	2	3	4	5
9.	Zuurbranden, pijn op de borst	0	1	2	3	4	5

Totaalscore: _____