

Frågeformulär inför besök hos logoped

Har du möjlighet önskar vi att du fyller i det digitalt via nedan QR-kod eller länk.



<https://bit.ly/rosthandikappindex11sas>

Tack för att du tar dig tid att fylla i detta formulär! Uppgifterna är konfidentiella och behandlas som journalhandling.

Dagens datum _____ Namn _____

Personnummer _____ Aktuellt yrke (även pensionär) _____

Ange hur du upplever din röst nu genom att placera ett lodrätt streck tvärsöver passande ställe på linjen nedan:

Inga röstbesvär | _____ |

Maximala röstbesvär

Hes/oklar röst:

Inte alls | _____ | Mycket

Trött i halsen av talet:

Inte alls | _____ | Mycket

Röstbesvären varierar under dagen: Nej Ja Sämst ca klockan: _____

INSTRUKTION:

I påståenden nedan skall Du ringa in den siffra som bäst stämmer överens med dina besvär:
Aldrig = 0 Någon enstaka gång = 1 Ibland = 2 Ofta = 3 Alltid = 4

Exempel: Jag har ont i halsen.

0 1 2 3 4

1. Jag har svårt att göra mig hörd i bullrig miljö, som t.ex. på ett kalas. 0 1 2 3 4

2. Min röst kan plötsligt förändras medan jag pratar. 0 1 2 3 4

3. Mina röstproblem påverkar min ekonomi. 0 1 2 3 4

4. Jag måste anstränga mig för att få rösten att fungera. 0 1 2 3 4

5. Mina röstsvårigheter begränsar mitt privatliv och mitt sociala liv. 0 1 2 3 4

6. På grund av min röst har andra svårt att uppfatta vad jag säger. 0 1 2 3 4

7. Andra frågar vad som är fel med min röst. 0 1 2 3 4

8. Jag känner mig handikappad på grund av min röst. 0 1 2 3 4

9. Jag känner mig utelämnad ur samtal på grund av min röst. 0 1 2 3 4

10. Mina röstproblem oroar mig. 0 1 2 3 4

11. Jag har en känsla av obehag i halsen. 0 1 2 3 4

Om du sjunger:

Mina röstsvårigheter påverkar min sångröst. 0 1 2 3 4

Jag har aldrig rökt. Jag har rökt, men slutade för _____ år sedan.

Jag röker _____ st cigaretter under en dag