

**VRAGENLIJST PERSOON MET NAH**

AFASIENET CCS

Naam:	Logopedist:
Datum:	

<b>SPREKEN &amp; FORMULEREN</b>	<i>als voorheen</i>	<i>iets minder</i>	<i>duidelijk minder</i>
Spreekt u even duidelijk als voorheen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spreekt u met dezelfde intonatie en toonhoogte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u de juiste woorden vinden zoals voorheen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertelt u even bondig of kernachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u net zo begrijpelijk vertellen als voorheen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>trager</i>	<i>als voorheen</i>	<i>sneller</i>
Spreekt u in hetzelfde tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>GESPREK VOLGEN</b>	<i>als voorheen</i>	<i>iets minder</i>	<i>duidelijk minder</i>
Kunt u een 1-op-1 gesprek volgen zoals voorheen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u een groepsgesprek volgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u een gesprek in een luidruchtige omgeving volgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u omschakelen van onderwerp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begrijpt u grapjes (of vat u ze letterlijk op)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>GESPREKSVAAARDIGHEDEN</b>	<i>als voorheen</i>	<i>iets minder</i>	<i>duidelijk minder</i>
Kijkt u een gesprekspartner even vaak aan als voorheen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruikt u evenveel mimiek tijdens het spreken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laat u anderen even goed uitpraten in een gesprek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toont u evenveel interesse in de gesprekspartner (bv. door vragen te stellen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lukt het u om bij het onderwerp van het gesprek te blijven (de draad van het verhaal vasthouden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reageert u adequaat op wat iemand zegt of vraagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Houdt u rekening met de situatie en de persoon waarmee u spreekt, bijvoorbeeld door woordkeuze aan te passen of harder of zachter te spreken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>meer</i>	<i>hetzelfde</i>	<i>minder</i>
Neemt u evenveel initiatief tijdens een gesprek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u even actief in een gesprek of discussie als voorheen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>ja</i>	<i>nee</i>	<i>n.v.t.</i>
Valt u in een gesprek vaker in herhaling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merkt u het als de communicatie niet goed verloopt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raakt u in een gesprek sneller geïrriteerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>ANDERE COMMUNICATIEMIDDELEN</b>	<i>als voorheen</i>	<i>iets minder</i>	<i>duidelijk minder</i>
Lukt het u om te lezen als voorheen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begrijpt u wat u hoort en ziet op radio, TV en internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaat het schrijven als voorheen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaat het typen / appen / sms'en als voorheen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lukt het om telefoongesprekken te voeren als voorheen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OVERIGE OPMERKINGEN:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_