

| |
|--------|
| Naam: |
| Datum: |

Vragenlijst MISOFONIE

Kijk terug op de afgelopen dagen met je hinderlijkste misofoniegeluiden. Het gaat hierbij over geluiden van een externe bron (niet in je hoofd) die je ergeren. Kies steeds het antwoord dat het meest van toepassing is. Wanneer de afgelopen dagen toevallig helemaal niet overeenkomen met hoe je je normaal gesproken voelt (misschien omdat je op vakantie was of juist alleen thuis), neem dan de week daarvoor in je hoofd.

| | Niet (0 uur) | Licht (<1 uur) | Matig (1-3 uur) | Ernstig (3-8 uur) | Extreem (>8 uur) |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hoeveel tijd ben je per dag kwijt aan (gedachten over) de geluiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. In welke mate ben je gefocust op de geluiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. In welke mate ervaar je hinder bij het horen van de geluiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hoe heftig is je gevoel van irritatie en/of agressie bij het horen van de geluiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. In welke mate voel je je machteloos door de geluiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. In welke mate lijdt je onder de geluiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. In welke mate lijdt je onder het vermijden van de geluiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. In welke mate beperken de geluiden je dagelijks leven (werk, huishouden enzovoort)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. In welke mate ga je bepaalde plekken of situaties uit de weg vanwege de geluiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. In welke mate kun je je aandacht verleggen tijdens het horen van de geluiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TOTAALSCORE: | | | | | |