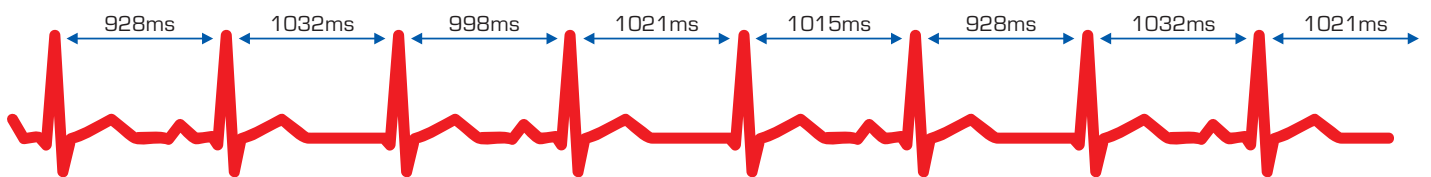


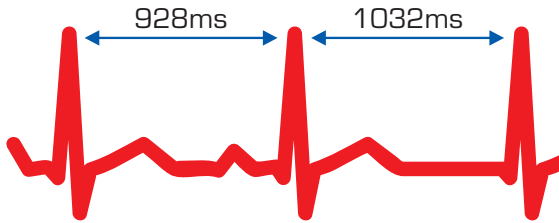
## Persoonlijke documentatie en vragen voor HRV analyse



## Doel van de HRV analyse

In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, is ons hart geen exact "uurwerk", dat regelmatig slaat. De hartslag heeft in ons lichaam een centrale regelfunctie die zich continu aan de actuele omstandigheden aanpast. Om alle lichamelijke processen exact te reguleren verandert het hart voortdurend de intervallen tussen de verschillende hartslagen.

In rust hebben we gemiddeld een hartslag van 60 slagen per minuut, wat een tijdsinterval zou betekenen van 1 seconde per hartslag, ofwel 1.000 milliseconden (ms) van hartslag tot hartslag. Om te kunnen aanpassen aan wat het lichaam vraagt, varieert de tijdsinterval tussen de individuele hartslagen voortdurend. Zo zal de interval de ene keer bijvoorbeeld 928ms zijn en de daaropvolgende bijvoorbeeld 1032ms. Deze variatie in tijdsintervallen noemt men de **Hart Ritme Variatie**, kortweg HRV.




Op basis van wetenschappelijk onderzoek gaat men ervan uit dat de vaardigheid van het hart om zich aan te passen in relatie staat tot de HRV. Uit de aanpassingsvaardigheid van het hart is

de gezondheidstoestand van iemand af te leiden en kan de actuele belasting van lichaam en geest worden geanalyseerd.

## Hoe vult u het HRV vragenformulier in?

Onderstaande tabel laat de verschillende keuzemogelijkheden zien.

Verklaring	Omschrijving
Keuzevakje <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Melk/Melkproducten	Vierkante vakjes worden bij vragen gebruikt waar meerdere antwoorden mogelijk zijn.
Keuze type 1 <input type="radio"/> Vrouw <input type="radio"/> Man	Rondjes worden bij vragen gebruikt waar maar één antwoord mogelijk is.
Keuze type 2 regelmaat nooit ① tot ⑤ (bijna) altijd 	Bij deze variant is slechts één keuze mogelijk. De grafiek van groen naar rood laat zien hoe de getallen te interpreteren zijn.
Getallenvelden: <input type="text"/> <input type="text"/> Maanden	In deze kaders kunnen enkel getallen worden ingevuld. In elke vakje één getal invullen.

## Inhoud van uw HRV documentatie

- Persoonlijke informatie (en dataclausule)
- Vragenlijst voor HRV meting
- Aanvullende vragen voor HRV meting
- Gebruiksaanwijzing van het HRV meetapparaat
- Activiteitenoverzicht



## Persoonlijke gegevens

Meetinformatie	
Begin van meting (bv 22.05.2015 om 13.45 uur):	
Meetapparaat ID (bv FB130105):	
Uw SALUSMED contactpersoon:	

Geslacht:	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Man
Voor- / achternaam:		
Straat / nummer:		
Postcode / woonplaats:		
Land:		
Telefoonnummer:		
E-mail:		
Geboortedatum (bv 22.07.1965):		
Gewicht (in kg):		
Grootte (in cm):		

### Privacy

Uw persoonlijke gegevens uit dit formulier en de HRV meting worden met inachtnaam van de geldende regels voor privacy vertrouwelijk behandeld en niet doorgegeven aan derden. De gegevens worden uitsluitend voor deze rapportage elektronisch opgeslagen.

Voor statistische (interne) analyses worden alle gegevens geanonimiseerd, waarbij terug herleiden naar individuele personen niet mogelijk is. Van toepassing zijn de algemene voorwaarden versie av 1.2 zoals vermeld op onze internetsite: [www.salusmed.nl](http://www.salusmed.nl).



**Ik ga hierbij akkoord met de algemene voorwaarden en de opslag van mijn gegevens:**

Datum / Handtekening:	<hr/>
-----------------------	-------



## Vragen voor HRV analyse

Hier graag uw subjectieve beleving invullen van zowel uw geestelijke als lichamelijke welbevinden tijdens genoemde dagdelen.

**Voorbeeld:** U had een moeilijke presentatie in de ochtend, die voor u geestelijk inspannend was, maar toch voelde u zich daarbij competent en goed voorbereid.

Dagdeel	subjectieve belasting zeer zwaar tot zeer licht 	subjectief welbevinden zeer slecht tot zeer goed 
Voormiddag	①--②--③--④--⑤--⑥	①--②--③--④--⑤--⑥

De dagdelen hebben betrekking op het dagdeel **gedurende de meting**. Wordt de meting bijvoorbeeld in de namiddag gestart, dan heeft het dagdeel "voormiddag" dus betrekking op de volgende dag.

Dagdeel	subjectieve belasting zeer zwaar tot zeer licht 	subjectief welbevinden zeer slecht tot zeer goed 
Ochtend	①--②--③--④--⑤--⑥	①--②--③--④--⑤--⑥
Middag	①--②--③--④--⑤--⑥	①--②--③--④--⑤--⑥
Namiddag	①--②--③--④--⑤--⑥	①--②--③--④--⑤--⑥
Avond	①--②--③--④--⑤--⑥	①--②--③--④--⑤--⑥
2 uur voor het slapen gaan	①--②--③--④--⑤--⑥	①--②--③--④--⑤--⑥
Slaap / nachtrust	①--②--③--④--⑤--⑥	①--②--③--④--⑤--⑥
2 uur na het opstaan	①--②--③--④--⑤--⑥	①--②--③--④--⑤--⑥

### Vragen over de nacht ( belangrijk!! )

Tijdstip slapen gaan: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_      Tijdstip opstaan: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

### Vragen over het slapen

subjectief welbevinden  
zeer slecht tot zeer goed  


Hoe goed kon u inslapen?	①--②--③--④--⑤--⑥
Hoe goed kon u doorslapen?	①--②--③--④--⑤--⑥
Hoe fit voelde u zich bij het opstaan?	①--②--③--④--⑤--⑥

Gebruikt u een slaap- / kalmeringsmiddel?     Ja     Nee     Zo ja, welk: \_\_\_\_\_

Zijn er (structurele) slaapproblemen, zoals:     Snurken     Apneu     Onrustige benen

Andere: \_\_\_\_\_

## Activiteit

### Hoe is uw beroepssituatie het beste te omschrijven:

- Uitsluitend zittende of liggende levenswijze (bijvoorbeeld: oude of zieke mensen)
- Uitsluitend zittend werk met weinig of geen inspannende afwisseling (bijvoorbeeld: kantoormedewerker, machine-operator, computerwerkzaamheden)
- Zittende activiteit, deels ook extra inspanning door lopen of anderszins bewegen. (bijvoorbeeld: laborant, student, chauffeur, manager)
- Overwegend beweging tijdens het werk (bijvoorbeeld: huisvrouw, verkoper, ober, politieagent)
- Fysiek zwaar werk (bijvoorbeeld: bouwvakker, topsporter, hovenier)

### Hoe vaak in de week sport u of bezigt u andere inspannende lichamelijke activiteit? (meer dan 30 minuten)

- Nooit                       1-3 keer                       4 keer of vaker

## Eetgewoonten

	nooit	zelden	regelmatig	dagelijks	dagelijks veel	zeer veel
Hoe vaak eet u vlees?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe vaak eet u vis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe vaak eet u eieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe vaak gebruikt u melkproducten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe vaak eet u fruit, salade of groente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Hoeveel drinkt u per dag?

- < 1 liter       1-2 liter                       2-3 liter                       > 3 liter

### Hoeveel alcohol drinkt u? (glas wijn = 0.2 liter; glas bier +0.5 liter)

- Niets       Zelden                       Dagelijks 1 glas       > 3 glazen/dag                       > 1 fles/dag

### Hoeveel rookt u?

- Niets       < 10 sigaretten/dag       1 pakje/dag                       >1 pakje/dag                       > 2 pakjes/dag

### Wordt er in uw omgeving gerookt?

- Nee                       Ja

### Verdraagt u een van onderstaande producten niet of slecht? (meerdere keuzes mogelijk)

- Gluten                       Vruchten algemeen                       Pollen/Hooikoorts etc.
- Melk/Melkproducten                       Citrusvruchten                       Zeefruit/Schaaldieren

## Diagnose

Aan de rechterzijde geeft u aan hoe vaak u last heeft van genoemde klachten gedurende de afgelopen 12 maanden.

regelmaat  
nooit ① tot ④ (bijna) altijd

Obstipatie (verstopping)

①--②--③--④

Diarree

①--②--③--④

Heeft u weerkerende oprispingen van de maagwand en/of maagklachten?

Nee                       Ja

Lijdt u aan weerkerend brandend zuur in de maag?

Nee                       Ja

## Diagnose

Bent u in de laatste vijf jaar onder behandeling geweest voor kanker?

Nee

Ja

Kan een versterking van het immuunsysteem negatieve gevolgen hebben?  
(bijv. bij transplantaties, inname van immuunsuppressiva)

Nee

Ja

## Ziekten / aandoeningen

Is één of meerdere ziekten op u van toepassing? (meerdere keuzes mogelijk)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acne  | <input type="checkbox"/> Herpes (lippenherpes, gordelroos)   |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer / Dementie  | <input type="checkbox"/> Status na hartinfarct   |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerose   | <input type="checkbox"/> Zwak hart   |
| <input type="checkbox"/> Artrose (slijtage gewrichten)   | <input type="checkbox"/> Hartritmestoornis   |
| <input type="checkbox"/> (Bronchiale) Astma  | <input type="checkbox"/> Hyperactiviteit (leer- en concentratiestoornissen, ADHD, hyperkinetisch syndroom) |
| <input type="checkbox"/> Bloedvet-stofwisselingsstoornis   | <input type="checkbox"/> Kanker (acuut, onder behandeling)   |
| <input type="checkbox"/> Hypertensie / Hoge bloeddruk  | <input type="checkbox"/> Ouderdoms maculadegeneratie   |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis  | <input type="checkbox"/> Migraine  |
| <input type="checkbox"/> Burnout-syndroom  | <input type="checkbox"/> Multiple sclerose (MS)  |
| <input type="checkbox"/> Chronische vermoeidheid (CVS)   | <input type="checkbox"/> Neurodermitis   |
| <input type="checkbox"/> Darmziekte (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa)                                   | <input type="checkbox"/> Chronische nierinsufficiëntie   |
| <input type="checkbox"/> Depressie   | <input type="checkbox"/> Osteoporose   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (type 1)  | <input type="checkbox"/> Parodontitis  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (type 2)  | <input type="checkbox"/> Parkinson   |
| <input type="checkbox"/> Ontstekingsziekte (reuma)   | <input type="checkbox"/> Potentieproblemen (erectiele disfunctie)  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie   | <input type="checkbox"/> Psoriasis   |
| <input type="checkbox"/> Regelmatige verkoudheid   | <input type="checkbox"/> Overactieve schildklier   |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie (weefsel-, spierpijn)  | <input type="checkbox"/> Onderactieve schildklier  |
| <input type="checkbox"/> Gastritis (chronische helicobacter-pylori infectie, maagslijmvliesontsteking) | <input type="checkbox"/> Tinnitus (oorsuizen)  |
| <input type="checkbox"/> Haaruitval, broze nagels  | <input type="checkbox"/> Coeliakie   |
|  | <input type="checkbox"/> Overige: _____  |
|  | <input type="checkbox"/> _____   |

## Medicijngebruik

S.v.p. aankruisen welke medicijnen u regelmatig inneemt:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lipiden / Cholesterol verlagere       | <input type="checkbox"/> Antiadiposita (gewichtsafname) |
| <input type="checkbox"/> Anti-diabetes / Insuline              | <input type="checkbox"/> Jicht medicijnen               |
| <input type="checkbox"/> Antihypertensiva (bloeddrukverlagere) | <input type="checkbox"/> Antidepressiva                 |
| <input type="checkbox"/> Diuretica                             | <input type="checkbox"/> Parkinson medicijnen           |
| <input type="checkbox"/> Bloedverdunners                       | <input type="checkbox"/> Andere medicijnen: _____       |
| <input type="checkbox"/> Hormonen                              | <input type="checkbox"/> _____                          |

Preparaten microvoedingsstoffen:  
(vitamines, mineralen, e.d.)

Overige medicamenten:

Moest bij u ooit de dosering van een medicament of voedingssupplement gereduceerd worden, omdat u er te sterk op reageerde?

Nee

Ja

## Alléén voor vrouwen (bovenste gedeelte)

Heeft u menstruatieklasten?  Nee  Ja

Heeft u overgangsklasten?  Nee  Ja

Heeft u libidoproblemen?  Nee  Ja

### Cyclusdag

1e tot 10e dag

11e tot 17e dag

18e tot 28e dag

Geen cyclusdag vanwege hormoontherapie  
(b.v. pil / minipil / hormoonpleister / spiraal / ...)

Geen cyclusdag vanwege zwangerschap

Geen cyclusdag vanwege borstvoeding

Geen cyclusdag vanwege overgang (menopauze)

Geen cyclusdag vanwege postmenopauze (senium)

## Algemeen welbevinden (voor mannen en vrouwen)

### Slaapt u goed?

(Bijna) nooit  Zelden  Soms  Regelmatig  (Bijna) altijd

### Bent u rustig en ontspannen?

(Bijna) nooit  Zelden  Soms  Regelmatig  (Bijna) altijd

### Heeft u een goed humeur?

(Bijna) nooit  Zelden  Soms  Regelmatig  (Bijna) altijd

### Heeft u veel energie?

(Bijna) nooit  Zelden  Soms  Regelmatig  (Bijna) altijd

### Voelt u zich gestresst?

(Bijna) altijd  Regelmatig  Soms  Zelden  (Bijna) nooit

### Bent u ontmoedigd of treurig?

(Bijna) altijd  Regelmatig  Soms  Zelden  (Bijna) nooit

### Voelt u zich in uw vitaliteit beperkt?

(Bijna) altijd  Regelmatig  Soms  Zelden  (Bijna) nooit

### Bent u teneergeslagen of angstig?

(Bijna) altijd  Regelmatig  Soms  Zelden  (Bijna) nooit

### Ondervindt u door mentale problemen beperkingen in uw dagelijkse bezigheden?

(Bijna) altijd  Regelmatig  Soms  Zelden  (Bijna) nooit

## Aanvullende vragen voor de HRV analyse

### Vragen voor anamnese

Noteert u aan de rechterzijde hoe vaak de onderstaande klachten in de laatste 12 maanden voorkwamen.

regelmaat  
nooit ① tot ⑤ (bijna) altijd

Gebrek aan eetlust; maag- en/of spijsverteringsklachten?	①--②--③--④--⑤
Hoorproblemen? (ruisen, piepen, ...)	①--②--③--④--⑤
Problemen met urineren?	①--②--③--④--⑤
Hoofdpijn?	①--②--③--④--⑤
Ademhalingsproblemen? (ademnood, hoesten, ...)	①--②--③--④--⑤
Huidproblemen? (huiduitslag, huidirritatie, ...)	①--②--③--④--⑤
Pijnlijke ledematen of gewrichten?	①--②--③--④--⑤
Rugpijn / onderrugpijn?	①--②--③--④--⑤
Nek- of schouderpijn?	①--②--③--④--⑤
Oogproblemen? (branden, prikkelen, tranen, ...)	①--②--③--④--⑤

### Medische hulpmiddelen of implantaten

Onderstaand s.v.p. aangeven welke hulpmiddelen en/of implantaten van toepassing zijn:

- |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hoorapparaat geïmplant  | <input type="checkbox"/> tweezijdig | <input type="checkbox"/> Insulinepomp op het lichaam |
| <input type="checkbox"/> Hoorapparaat in het oor | <input type="checkbox"/> tweezijdig | <input type="checkbox"/> Insulinepomp geïmplant      |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker               |                                     | <input type="checkbox"/> Kunstgebit                  |

### Vragen over het gebit

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| Hoeveel amalgaanvullingen heeft u?  | <input type="text"/> <input type="text"/> Aantal | <input type="checkbox"/> Weet ik niet |
| Hoe lang heeft u de amalgaanvullingen al (ongeveer)?                                      | <input type="text"/> <input type="text"/> Jaren  | <input type="checkbox"/> Weet ik niet |
| Hoeveel tanden hebben wortelkanaalbehandelingen ondergaan?                                | <input type="text"/> <input type="text"/> Aantal | <input type="checkbox"/> Weet ik niet |
| Hoeveel implantaten heeft u?  | <input type="text"/> <input type="text"/> Aantal | <input type="checkbox"/> Weet ik niet |
| Hoeveel vullingen heeft u in totaal (ongeveer)?   | <input type="text"/> <input type="text"/> Aantal | <input type="checkbox"/> Weet ik niet |
| Hoeveel tanden, incl. verstandskiezen, zijn bij u verwijderd? (melktanden niet meegeteld) | <input type="text"/> <input type="text"/> Aantal | <input type="checkbox"/> Weet ik niet |



## Vragen over elektromog

### Hoe gevoelig reageert u op elektromagnetische velden?

Helemaal niet (1) -- (2) -- (3) -- (4) -- (5) -- (6) Extreem gevoelig  Weet ik niet

### Hoe vaak en waar maakt u gebruik van de volgende apparaten of netwerken?

Aantal uren (per dag)

Gebruik (meerdere mogelijkheden)

niet	zelden	< 1 uur	> 1 uur	> 3 uren	> 5 uren		thuis	werk	auto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GSM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Draadloze telefoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	W-LAN netwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bluetooth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Overige opties: (meerdere mogelijkheden)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gebruik wekker/alarmfunctie van GSM     | <input type="checkbox"/> Draadloze telefoon op werkplek is "stralingsarm"                     |
| <input type="checkbox"/> W-LAN-router is 's nachts uitgeschakeld | <input type="checkbox"/> Internet/netwerk thuis loopt via het stroomnetwerk (D-LAN/Power LAN) |
| <input type="checkbox"/> Draadloze telefoon is "stralingsarm"    |   |

### Welk bedstelsysteem is van toepassing: (meerdere mogelijkheden)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Geen of weinig metaaldelen | <input type="checkbox"/> Bed elektrisch verstelbaar          |
| <input type="checkbox"/> Matras met pocketveren     | <input type="checkbox"/> Elektrische deken of magneetveldmat |
| <input type="checkbox"/> Matrasdrager van metaal    | <input type="checkbox"/> Waterbed                            |

### Waar staat het basisstation van de draadloze telefoon?

- Niet aanwezig  Slaapkamer  Andere kamer

### Hoe ver zijn elektrische apparaten of lampen van uw bed verwijderd? (meerdere mogelijkheden)

- Geen apparaten  Direct bij het bed  < 2 mtr verwijderd  > 2 mtr verwijderd

### Welk type lampen bevinden zich bij uw bed? (meerdere mogelijkheden)

- Geen lampen  Systeem met trafo  Spaarlampen  Overig

### In welke modus zijn de lampen tijdens het slapen? (meerdere mogelijkheden)

- Geen lampen  Uitgeschakeld  Standby  Ingeschakeld

### In welke modus staan de elektrische apparaten in de slaapkamer tijdens het slapen? (meerdere mogelijkheden)

- Geen apparaten  Uitgeschakeld  Standby  Ingeschakeld

### Hoe ver zijn de stopcontacten van uw bed verwijderd? (meerdere mogelijkheden)

- Ingebouwd in bed  Naast het bed (< 1 mtr)  > 1 mtr v.h. bed verwijderd

### Maakt u gebruik van stekkerdozen? (meerdere mogelijkheden)

- Nee  Onder het bed  Naast het bed (< 1 mtr)  In de slaapkamer

### Wordt de stroom in de slaapkamer 's nachts uitgeschakeld?

- Nee  Stroomvrij schakelaar  Zekering uitgeschakeld  Stroomkabel is goed geïsoleerd

## Vragen over elektrosmog (vervolg)

**Welk verwarmingssysteem is van toepassing op uw slaapkamer?** (meerdere mogelijkheden)

- Nachtopslagverwarming  Elektrisch/infrarood  Vloerverwarming  Overig
- 

**Hoe woont u?**

- Vrijstaand huis  Rijhuis/tweekapper  Appartement  Flat  Bio-/natuurhuis
- 

**Is uw woonhuis verbonden met een werkplaats, praktijkruimte, kantoor of vergelijkbaar?**

- Nee  Ja
- 

**Welke van onderstaande installaties bevinden zich dichtbij (minder 200 meter) van uw huis?**

(meerdere mogelijkheden)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zendmasten (bijvoorbeeld mobiele telefonie) | <input type="checkbox"/> Transformatorhuis                   |
| <input type="checkbox"/> Hoogspanningsmasten                         | <input type="checkbox"/> Luchthaven of scheepshaven (< 2 km) |
| <input type="checkbox"/> Andere stroomleidingen                      | <input type="checkbox"/> Militaire basis (< 2 km)            |
| <input type="checkbox"/> Elektrische tram/treinspoor                 | <input type="checkbox"/> Overig / niet bekend                |
- 

**Hoe is uw woonomgeving?**

- Meer landelijk  Meer stedelijk  Meer industrieel (industrieterrein)
- 

**Is er in de directe omgeving van uw huis (minder dan 100 meter) sprake van industrie?**

- Nee  Ja
- 

**Maakt u gebruik van, of bevindt zich in de directe omgeving van uw huis het navolgende?**

(meerdere mogelijkheden)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Elektrische of hybride auto        | <input type="checkbox"/> Zonne-energie panelen              |
| <input type="checkbox"/> Bioresonantie apparaten            | <input type="checkbox"/> Artspraktijk met röntgenapparatuur |
| <input type="checkbox"/> Afscherming van stralingsnetwerken | <input type="checkbox"/> Magneetveldmatten                  |
| <input type="checkbox"/> Liften (in gebouwen)               | <input type="checkbox"/> Overig / niet bekend               |
-

# Gebruiksaanwijzing voor het HRV meetapparaat

## 1. Voorbereiding

- De huid, waarop de elektroden aangebracht worden, moet haar- en vetvrij zijn.
- Gebruik bijvoorbeeld een wegwerpscheermes om mogelijke beharing ter plaatse te verwijderen.
- Gebruik zeep of een desinfectiemiddel om de plaatsen te ontvetten.

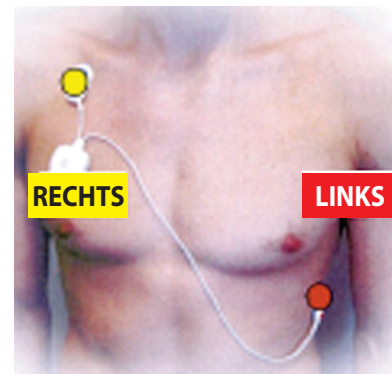
## 2. Aanbrengen van de elektroden

- Sluit het apparaat op de elektroden aan.
- Verwijder de beschermfolie op de achterzijde van de elektrode.
- Druk de elektrode met de plakzijde op de huid.

## Positie van de elektroden

**GEEL** Van het bovenste einde van het borstbeen in de richting van de rechterschouder (in het kuiltje tussen schouder en sleutelbeen net boven de ribben).

**ROOD** Direct onder de linker borstspier, circa 2 cm maar links tussen de ribben.



### Let op de kleurcodering van de elektroden!

Indien u onzeker bent, ga dan voor een spiegel staan. In de spiegel kunt u de posities op de foto vergelijken met de posities op uw eigen lichaam.

## Bedienen van het HRV meetapparaat

**Let op:** Het apparaat mag niet nat worden of in contact komen met andere vloeistoffen. Het apparaat mag niet onder de douche, in bad of tijdens zwemmen worden gebruikt!

### Starten van de meting

1. De batterij van het apparaat dient vol zijn.
2. Om met de meting te starten moet de aan/uit knop ongeveer 1 seconde worden ingedrukt, totdat het groene lampje oplicht. Zodra het apparaat de hartslag detecteert, begint het groene lampje synchroon met de hartslag te knipperen.

### Einde van de meting

Om de meting te beëindigen moet de aan/uit knop circa 5 seconden worden ingedrukt. Zodra het apparaat zichzelf heeft uitgeschakeld, blijft het groene lampje tijdelijk branden.



## Betekenis van de LED's

Status	Omschrijving	Beeld
Start van de meting	Groen lampje brand continu tot signaal ontvangen is	
Batterij indicator	Melding bijna lege batterij  Foutmelding	
Meting	Knipperend groen lampje (synchroon met hartslag)	
Einde van de meting	Brandend groen lampje voor de duur van 2 seconden	

