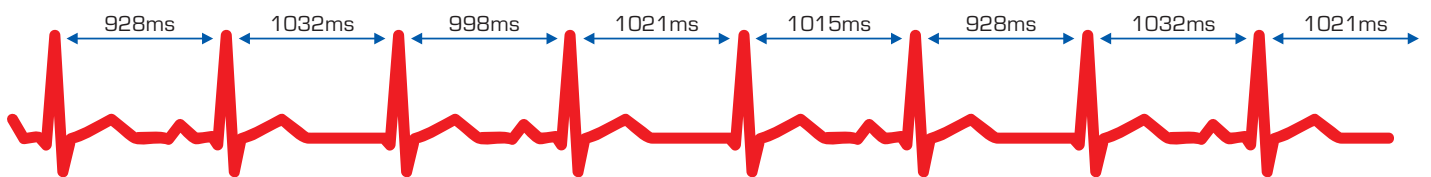


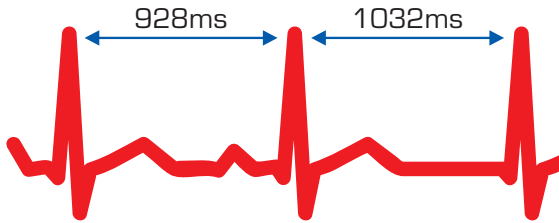
Persoonlijke documentatie en vragen voor HRV analyse



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.



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 elektrosmog

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.

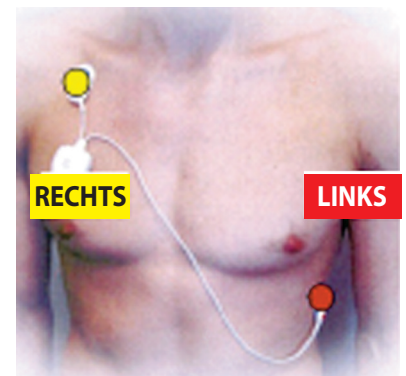
Positie van de elektroden

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 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 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	
Meting	Knipperend groen lampje	
Einde van de meting	Brandend groen lampje voor de duur van 2 seconden	

Activiteitenoverzicht

Vul hieronder svp de activiteiten in die van toepassing zijn op de tijdstippen tijdens de meting.

Deze informatie is nodig om uw HRV meting goed te kunnen interpreteren en analyseren.

Tijdstip		Activiteiten/werkzaamheden tijdens de meting
Begin	Einde	
17.00	17.45	bijvoorbeeld: joggen
20.30	20.35	bijvoorbeeld: de hond uitlaten