

Vragenlijst

Datum:

Persoonlijke gegevens

Naam en voorletters : Man Vrouw
Roepnaam :
Geboortedatum :
BSN :
Adres :
Postcode en woonplaats:
Telefoon overdag :
Mobiel :
Emailadres :
Opleiding/Beroep :

Vindt u het goed dat uw huisarts een bericht over de keuring krijgt (indien van toepassing)?

Ja
Nee

Zo ja, s.v.p. invullen:

Huisarts :
Adres :
Postcode en woonplaats:

Sportbeoefening

Soort sport	hoe lang al	aantal x per week (inclusief wedstrijd)	afstand of duur per training / wedstrijd
1.	sinds ... jaar	... x per week
2.	sinds ... jaar	... x per week
3.	sinds ... jaar	... x per week
4.	sinds ... jaar	... x per week

Is uw sportbeoefening recreatie- (R) of prestatiegericht (P):

Recreatiegericht

Prestatiegericht

Huidig weekprogramma

Dag	Sport	Soort training/wedstrijd	Duur (min)
Maandag			
Dinsdag			
Woensdag			
Donderdag			
Vrijdag			
Zaterdag			
Zondag			

Trainer of coach:

Reden van sportmedisch onderzoek:

Behaalde prestaties (tijden, kampioenschappen, etc):

Wat is uw voorkeursbeen (met schieten, afzetten e.d.)? rechts links beide

Wat is uw voorkeursarm (met werpen, opslag e.d.)? rechts links beide

Medische voorgeschiedenis

Bent u ooit onder behandeling geweest van een medisch specialist? Ja Nee

.....

Bent u ooit langdurig en/of ernstig ziek geweest? Ja Nee

Bent u ooit geopereerd? Ja Nee

Zo ja, wat voor operatie heeft u ondergaan en wanneer?

.....

.....

Bent u in het laatste jaar door een fysiotherapeut of een andere behandelaar behandeld?

Ja

Nee

.....

Heeft u een ongeval gehad, waarvan u nu nog gevolgen van ondervindt? Ja Nee

Heeft u wel eens langdurige periode van niet fit zijn doorgemaakt? Ja Nee

Bent u wel eens overtrained geweest? Ja Nee

Heeft u wel eens een noemenswaardige blessure gehad aan een van de volgende lichaamsdelen: Zo ja, wanneer en wat voor blessure?

- hoofd Ja Nee.....

- nek/hals Ja Nee.....

- rug Ja Nee.....

- schouder Ja Nee.....

- bovenarm Ja Nee.....

- elleboog Ja Nee.....

- pols Ja Nee.....

- hand Ja Nee.....

- heup Ja Nee.....

- lies Ja Nee.....

- dijbeen Ja Nee.....

- knie Ja Nee.....

- onderbeen Ja Nee.....

- enkel Ja Nee.....

- voet Ja Nee.....

Huidige gezondheid

Bent u op dit moment onder behandeling van een huisarts, fysiotherapeut of medisch specialist?	Ja	Nee
Bent u de laatste 4 weken zwaar verkouden of ziek geweest?	Ja	Nee
Herstelt u normaal na het sporten (m.b.t. vermoeidheid)?	Ja	Nee
Heeft u veel spierpijn?	Ja	Nee
Voelt u zich de laatste tijd gezond?	Ja	Nee
Slaapt u doorgaans goed?	Ja	Nee
Heeft u vaak last van hoofdpijn?.....	Ja	Nee
Ziet u goed met beide ogen?	Ja	Nee
Heeft u een bril/ contactlenzen?	Ja	Nee
Hoort u goed met beide oren?	Ja	Nee
Heeft u last van duizeligheid?.....	Ja	Nee
Bent u wel eens flauw gevallen?	Ja	Nee
Bent u vaak of langdurig verkouden?	Ja	Nee
Heeft u last van uw tanden of tandvlees?	Ja	Nee

Medicijnen en voeding

Heeft u speciale voedingsgewoonten?	Ja	Nee
Heeft u speciale voedingsgewoonten i.v.m. de sportbeoefening?	Ja	Nee
Gebruikt u medicijnen?	Ja	Nee
Zo ja, welke en in welke dosis?		
.....		
.....		
.....		

Roken, alcohol en drugs

Rookt u?.....	Ja	Nee
Zo ja, hoeveel?.....		
Gebruikt u regelmatig alcoholische dranken?	Ja	Nee
Zo ja, hoeveel glazen gemiddeld per dag		
Gebruikt u drugs?	Ja	Nee

Heeft u last (gehad) van een van de volgende klachten:

- | | | |
|---|----|-----|
| - astma/bronchitis | Ja | Nee |
| - kortademigheid | Ja | Nee |
| - piepende ademhaling | Ja | Nee |
| - hoesten..... | Ja | Nee |
| - slijm opgeven | Ja | Nee |
|
 | | |
| Heeft u bovenstaande klachten ook bij inspanning? | Ja | Nee |
|
 | | |
| - allergie..... | Ja | Nee |
| - hooikoorts..... | Ja | Nee |
|
 | | |
| - Pijn of druk op de borst in rust? | Ja | Nee |
| - Pijn of druk op de borst bij inspanning? | Ja | Nee |
| - Overslaan van het hart? | Ja | Nee |
| - Snelle hartkloppingen en/of onregelmatige hartslag?..... | Ja | Nee |
| - Onwel worden tijdens of na inspanning?..... | Ja | Nee |
| - Gezwollen enkels? | Ja | Nee |
| - Snelle vermoeidheid? | Ja | Nee |
| - Heeft u een hoge bloeddruk?..... | Ja | Nee |
| - Heeft u een verhoogd cholesterol? | Ja | Nee |
|
 | | |
| - Heeft u klachten van maag of de buik..... | Ja | Nee |
| - Is de eetlust verstoord? | Ja | Nee |
| - Heeft u last van zuurbranden of opboeren? | Ja | Nee |
| - Heeft u wel eens zwarte of witte ontlasting gehad of veel bloed of slijm erbij? ... | Ja | Nee |
| - Heeft u problemen met uw gewicht (gehad)?..... | Ja | Nee |
|
 | | |
| - Heeft u pijn bij het plassen?..... | Ja | Nee |
| - Moet u erg vaak plassen?..... | Ja | Nee |
| - Heeft u last van urineverlies? | Ja | Nee |
|
 | | |
| - Heeft u klachten (gehad) van uw huid?..... | Ja | Nee |
|
 | | |
| - Heeft u wel eens een epileptische aanval gehad? | Ja | Nee |

Familie

Komen er in uw familie een van de volgende ziektes of aandoeningen voor:

- Hartziekten..... Ja Nee
- vaatziekten..... Ja Nee
- verhoogd cholesterol..... Ja Nee
- verhoogde bloeddruk..... Ja Nee
- astma..... Ja Nee
- bronchitis..... Ja Nee
- vallende ziekte/epilepsie..... Ja Nee
- beroerte..... Ja Nee
- aangeboren heupafwijking..... Ja Nee
- plotseling overlijden beneden de leeftijd van 50 jaar Ja Nee
- een hier niet genoemde erfelijke ziekte..... Ja Nee

Voor vrouwen:

- Op welke leeftijd trad uw eerste menstruatie op?.....
- Is uw menstruatie regelmatig? Ja Nee
- Heeft u klachten van de menstruatie?..... Ja Nee
- Worden u sportprestaties beïnvloedt door de menstruatie cyclus? Ja Nee
- Gebruikt u de pil? Ja Nee

Naar waarheid ingevuld door..... Datum:.....

Handtekening

Aantekeningen arts:

.....
.....
.....
.....
.....

Naam arts:..... Datum:.....

Handtekening