

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)R / P

Huidig weekprogramma

<i>Dag</i>	<i>Sport</i>	<i>Soort training/wedstrijd</i>	<i>Duur (min)</i>
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 overtraint 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