|  |  |
| --- | --- |
| ACHTERNAAM: | ADRES: |
| VOORNAAM: | POSTCODE:  |
| GEBOORTEDATUM: LEEFTIJD: | PLAATS: |
| MAN/VROUW: | TEL: |
| BEROEP : | HUISARTS : |

**VRAGEN OVER UW SPORT**

|  |  |
| --- | --- |
| Welke sporten beoefent u regelmatig ? |  |
| Sinds wanneer doet u aan sport? |  |
| Hoeveel keer per week doet u aan sport? |  |
| Hoeveel uur per week doet u aan sport? |  |
| Heeft u het afgelopen jaar tijdens het sporten gezondheidsklachten gehad ?Zo ja, welke klachten? |  |

**ALGEMENE MEDISCHE VRAGEN:**

**Indien u met Ja antwoord graag toelichten!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kunt u zich goed inspannen? | JA/NEE |  |
| Bent u ooit flauwgevallen of duizelig geweest, tijdens het sporten of tijdens inspanning? | JA/NEE |  |
| Bent u wel eens kortademig? | JA/NEE |  |
| Bent u bekend met hyperventilatie? | JA/NEE |  |
| Bent u bekend met problemen aan uw hart en/of bloedvaten?  | JA/NEE |  |
| Heeft u wel eens pijn of druk op de borst, of uitstraling hiervan naar de hals, kaken of armen in rust of bij inspanning? | JA/NEE |  |
| Heeft u wel eensbenauwdheids-klachten na inspannende activiteiten? | JA/NEE |  |
| Wordt u ’s nachts wel eens wakker als gevolg van kortademigheid? | JA/NEE |  |
| Komen er in uw familie mensen voor,jonger dan 65 jaar, die een hartinfarct, hartstilstand of hersenbloeding hebben gehad ? | JA/NEE |  |
| Heeft u wel eens last van overslaan van het hart, of een onregelmatige hartslag tijdens of na inspanning? | JA/NEE |  |
| Is er bij u wel eens een ruis aan het hart gevonden waardoor u niet mocht sporten? | JA/NEE |  |
| Heeft u wel eens een hersenschudding of hoofdletsel gehad in de laatste drie jaar? | JA/NEE |  |
| Heeft u nekklachten gehad waar u langer dan een week last van had? Zijn de klachten ontstaan na een ongeval?  | JA/NEE |  |
| Heeft u wel eens uitstralende pijn of tintelingen in uw arm of been  | JA/NEE |  |
| Heeft u wel eens een doof gevoel in de nek, schouders, of handen | JA/NEE |  |
| Heeft u wel eens een botbreuk of ontwrichting gehad ?  | JA/NEE |  |
| Bent u bekend met langer bestaande klachten van de schouders, heupen, knieen, enkels of andere gewrichten? | JA/NEE |  |
| Bent u bekend met rugklachten? * Zo ja, hoeveel keer per jaar ?
* Hoelang duren de klachten meestal?
* Treden de klachten alleen op bij zwaar tillen of ook zomaar?
* Zijn de rugklachten ontstaan na eenongeval?
 | JA/NEE |  |
| Bent u wel eens geopereerd?Zo ja, wegens welke aandoeningen? | JA/NEE |  |
| Gebruikt u regelmatig medicijnen? Zo ja, welke? | JA/NEE |  |
| Rookt u of heeft u gerookt? | JA/NEE |  |
| Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel per week? | JA/NEE |  |

HEEFT U OF HEEFT U WEL EENS GEHAD

**Indien u met Ja antwoord graag toelichten!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * een verhoogde bloeddruk of suikerziekte
 | JA/NEE |   |
| * dikke enkels of vochtophoping rond uw enkels?
 | JA/NEE |  |
| * een verhoogd cholesterolgehalte
 | JA/NEE |  |
| * hartritmestoornissen
 | JA/NEE |  |
| * een hersenbloeding
 | JA/NEE |  |
| * een verhoogde bloedingsneiging
 | JA/NEE |  |
| * bloedarmoede
 | JA/NEE |  |
| * schildklier-, nier-, of leverziekten?
 | JA/NEE |  |
| * allergieën
 | JA/NEE |  |
| * een liesbreuk
 | JA/NEE |  |
| * hoofdpijn of migraine
 | JA/NEE |  |
| * chronisch hoesten
 | JA/NEE |  |
| * asthma,chronische bronchitis of een andere longaandoening
 | JA/NEE |  |
| * trekkingen, wegrakingen of andere epileptische verschijnselen
 | JA/NEE |  |
| * longontsteking
 | JA/NEE |  |
| * beperkt gezichtsvermogen
 | JA/NEE |  |
| * een verminderd gehoor
 | JA/NEE |  |
| * een andere aandoening die u zou kunnen belemmeren bij het sporten en bewegen?
 | JA/NEE |  |

De vragen op dit formulier heb ik zorgvuldig en naar waarheid ingevuld.

Handtekening

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

