



SPORTMEDISCHE VRAGENLIJST

Naam : _____

Geboortedatum : _____

Telefoonnummer : _____

E-mail : _____

Datum onderzoek : _____

Reden van onderzoek Verplichte keuring voor _____

Advieskeuring omdat _____

Bij vragen die onduidelijk zijn kunt u een vraagteken neerzetten. De vragenlijst wordt met de sportarts besproken.

SPORTBEOEFENING

01. Welke sporten beoefent u ?

Soort sport	Sinds wanneer (jaartal)	Aantal trainingen (x per week)	Afstand of duur (per training)
1.			
2.			
3.			
4.			

02. Wat is 't doel van uw huidige of toekomstige training?

MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

03. Heeft u wel eens een sportblessure gehad (in het verleden of nu)? ja / nee
Zo ja, wanneer (jaartal) en welke blessure? Hoe is de blessure behandeld?

04. Bent u wel eens door een medisch specialist behandeld? ja / nee
Zo ja, wanneer (jaartal) & waarvoor (diagnose)?

05. Bent u momenteel onder behandeling van huisarts, fysiotherapeut of specialist? ja / nee

06. Bent u de laatste vier weken zwaar verkouden, koortsig of ziek geweest? ja / nee

MEDICIJNEN & VOEDING

07. Gebruikt u medicijnen? ja / nee
Zo ja, welke medicijnen in welke dosis?

08. Gebruikt u vitamines en/of andere preparaten? ja / nee
Zo ja, welke?

09. Heeft u speciale voedingsgewoonten? ja / nee
Zo ja, welk dieet?

ROKEN & ALCOHOL

10. Rookt u of heeft u gerookt? ja / nee
Zo ja, hoeveel per dag?

11. Drinkt u alcohol? ja / nee
Zo ja, hoeveel per week?

MEDISCHE KLACHTEN

12. Heeft u last (gehad) van een van de volgende (neurologische) klachten? ja/ nee
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> hoofdpijn | <input type="checkbox"/> problemen met zien |
| <input type="checkbox"/> duizeligheid | <input type="checkbox"/> problemen met horen |
| <input type="checkbox"/> slaapproblemen | <input type="checkbox"/> tintelingen in armen of benen |
| <input type="checkbox"/> flauwvallen | |
| <input type="checkbox"/> epilepsie | |
13. Heeft u regelmatig (vaker dan gemiddeld) last van: ja/ nee
- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> verkoudheid | <input type="checkbox"/> heesheid | <input type="checkbox"/> oorpijn |
| <input type="checkbox"/> hoesten | <input type="checkbox"/> keelpijn | <input type="checkbox"/> hooikoorts |
| <input type="checkbox"/> kortademigheid | <input type="checkbox"/> astma | |
| <input type="checkbox"/> slijm opgeven | <input type="checkbox"/> bronchitis | |
14. Heeft u wel eens last (gehad) van één van volgende klachten met betrekking tot het hart?: ja/ nee
- pijn of benauwdheid op de borst in rust
 - pijn of benauwdheid op de borst bij inspanning
 - onregelmatige hart- of polsslag
 - hartkloppingen
 - verhoogde bloeddruk
 - gezwollen enkels
 - snelle vermoeidheid
15. Heeft u last (gehad) van één van volgende klachten met betrekking tot het maag- darm stelsel? : ja/ nee
- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gestoorde eetlust | <input type="checkbox"/> zuurbranden | <input type="checkbox"/> diarree |
| <input type="checkbox"/> slikklachten | <input type="checkbox"/> opboeren | <input type="checkbox"/> verstopping |
| <input type="checkbox"/> misselijkheid | <input type="checkbox"/> maagpijn | <input type="checkbox"/> afvallen |
| <input type="checkbox"/> braken | <input type="checkbox"/> dik worden | |
16. Heeft u last (gehad) van: ja/ nee
- pijn bij plassen
 - urineverlies
17. Indien niet eerder vermeld; Heeft u wel eens last (gehad) van: ja/ nee
- | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> spieren/pezen | <input type="checkbox"/> enkel/voeten | <input type="checkbox"/> pols/handen |
| <input type="checkbox"/> heupen | <input type="checkbox"/> schouders | <input type="checkbox"/> nek |
| <input type="checkbox"/> knieën | <input type="checkbox"/> ellebogen | <input type="checkbox"/> rug |

Zo ja, kunt u de klachten omschrijven (o.a. ernst, hoe vaak)?

18. Heeft u wel eens last van: ja/ nee
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> veel spanningen | <input type="checkbox"/> prikkelbaarheid |
| <input type="checkbox"/> concentratieproblemen | <input type="checkbox"/> piekeren |
| <input type="checkbox"/> lusteloosheid | <input type="checkbox"/> angst |

FAMILIE

19. Komen de volgende aandoeningen bij u in de familie voor en zo ja bij wie: ja/ nee
- beroerte
 - hartziekte beneden de leeftijd van 60 jaar
 - plotseling overlijden beneden de leeftijd van 50 jaar
 - astma
 - reuma

VOOR VROUWEN

20. Heeft u menstruatieklachten? ja / nee
21. Gebruikt u de pil? ja / nee

DAGELIJKSE WERKZAAMHEDEN

22. Wat zijn uw dagelijkse werkzaamheden?
- scholier / student
 - huisvrouw/ huisman
 - niet meer werkzaam
 - werkzaam als _____ uur per week
23. Wat voor soort werkzaamheden doet u?
- hoofdzakelijk zittend
 - zittend, staand, soms lopend
 - lopend werk met lichamelijke belasting
 - zwaar lichamelijk werk
24. Indien u buitenshuis werkzaam bent: hoe legt u de afstand tussen huis en werk af?
- auto, motor, brommer, openbaar vervoer
 - met de fiets
 - lopend

Indien u met de fiets of lopend naar het werk gaat, hoeveel dagen per week en hoe lang?
_____ dagen per week, tijdsduur enkele reis: _____ min

RUIMTE VOOR OPMERKINGEN

Hiermede verklaar ik dat ik bovenstaande vragen naar waarheid heb ingevuld.

datum:

handtekening: