

Vragenlijst

In te vullen door Sport en Bewegen

Patiëntnummer:

Naam van de specialist:

Naam van de afdeling:

Bijsendcode: COR20

Datum: / /

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 overtraind 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
- kortademigheidJa / Nee
- piepende ademhaling.....Ja / Nee
- hoesten.....Ja / Nee
- slijm opgeven.....Ja / Nee

Heeft u bovenstaande klachten ook bij inspanning?Ja / Nee

- allergieJa / Nee
- hooikoortsJa / 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 buikJa / 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 jaarJa / 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