



Vragenlijst

In te vullen door Santiz Sport en Bewegen

Patiëntnummer:

Naam van de specialist:

Naam van de afdeling:

Bijscancode: 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
- 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