

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Reden voor onderzoek:

Vindt u het goed dat uw huisarts een bericht over de keuring krijgt (indien van toepassing)? Ja / Nee

Sportbeoefening

Soort sport	Hoe lang al	Aantal malen	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	_____

Algemene vragen

- | | Ja / Nee |
|--|---|
| • Heeft u speciale voedingsgewoonten? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Wilt u iets vragen over voeding? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Bent u onder behandeling (geweest) van een medisch specialist? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Bent u ooit langdurig en/of ernstig ziek geweest? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Bent u ooit geopereerd? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u een ongeval gehad, waarvan u nu nog gevolgen ondervindt? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u wel eens een langdurige periode van niet fit zijn doorgemaakt? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Voelt u zich de laatste tijd gezond? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Slaapt u doorgaans goed? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |

Heeft u (wel eens) last van de volgende klachten:

- | | |
|--|---|
| • Bent u wel eens bewusteloos geraakt tijdens of direct na inspanning? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u wel eens druk op de borst gehad in rust? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Kan deze druk op de borst worden uitgelokt door inspanning? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Is er in het verleden wel eens tegen u gezegd dat u moest stoppen met sport in verband met een hartziekte? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Bent u wel eens duizelig tijdens inspanning? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u wel eens pijn op de borst tijdens of na de inspanning? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u wel eens bemerkt dat uw hart op hol sloeg of dat het hart slagen oversloeg? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Bemerkt u wel eens een extreme vermoeidheid die niet past bij een normaal inspanningsniveau? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u een hartruis? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u hartritestoornissen? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Is er bij u nog een ander hartprobleem bekend? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u tijdens inspanning wel eens last van hoesten of buitensporige kortademigheid? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • bemerkt zodanig dat deze inspanning werd bemoeilijkt? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Bent u in het verleden behandeld of opgenomen voor astma? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u in het verleden wel eens een aanval van epilepsie gehad? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Is er bij u wel eens een te hoge bloeddruk geconstateerd? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Is er bij u wel eens een te hoog cholesterol geconstateerd? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Is er bij u recentelijk een ernstige virusinfectie gediagnosticeerd? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u vroeger acuut reuma gehad? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u klachten van de maag of de buik? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u problemen met uw gewicht (gehad)? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u klachten over de ontlasting? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u klachten van de nieren gehad? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |

Vervolg vragen

- | | Ja /Nee |
|---|---|
| • Heeft u problemen bij het plassen? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u klachten (gehad) van uw huid? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u vaak last van hoofdpijn? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Ziet u goed met beide ogen? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Hoort u goed met beide oren? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Bent u vaak of langdurig verkouden? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u last van uw tanden of tandvlees? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Bent u bekend met een allergie? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Gebruikt u nu medicatie? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u de afgelopen twee jaar medicatie gebruikt? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, welke en hoe vaak: _____ keer | |
| • Rookt u? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, hoeveel per dag? _____ keer | |
| • Gebruikt u regelmatig alcoholische dranken? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, hoeveel glazen gemiddeld per dag? _____ glazen | |
| • Bent u in het laatste jaar door een fysiotherapeut behandeld? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |

Heeft u ooit een noemenswaardige blessure gehad van één van de volgende lichaamsdelen?

Hoofd	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee	Nek/hals	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee	Rug	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee
Schouder	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee	Bovenarm	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee	Elleboog	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee
Pols	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee	Hand	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee	Heup	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee
Lies	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee	Dijbeen	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee	Knie	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee
Onderbeen	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee	Enkel	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee	Voet	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee

Familie anamnese *Onder familie worden naaste familieleden bedoeld, maar ook (achter)neven en (achter)nichten

Zijn er mensen in de familie met:

Suikerziekte	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee	Bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee	Beroerte / CVA	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee
Astma	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee	Tuberculose	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee		

Is/Heeft er bij u in de familie* iemand jonger dan 50 jaar:

- | | Ja /Nee |
|--|---|
| • Plots en onverwacht overleden? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Behandeld voor regelmatig flauwvallen? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Onverklaarbare trekkingen? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Tijdens het zwemmen onverklaarbaar verdronken? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Een onverklaarbaar ongeluk in het verkeer gehad? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Een harttransplantatie ondergaan? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Een pacemaker of een defibrillator geïmplanteerd gekregen? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Behandeld voor een onregelmatige hartslag? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Aan het hart geopereerd? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Is er in de familie iemand overleden aan wiegendood? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • Komt er bij u in de familie iemand met het syndroom van Marfan voor? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |

Ingevuld door: _____

Datum: _____

Handtekening: _____ (Ouder of opvoeder indien jonger dan 18 jaar)