

## Vragenlijst

Datum: .....

Naam:	
Straat:	
Postcode:	Plaats:
Telefoon:	Geboorte datum:
Huisarts:	School/ beroep:

Reden voor keuring/ onderzoek:	
Tak van sport waarvoor wordt gekeurd:	
Bent u wedstrijd of recreatiesporter?	

	Sport 1	Sport 2	Sport 3
Welke sporten beoefent u?			
Hoeveel jaar beoefent u deze sporttak(ken)			
Hoeveel uur per week?			

1. Heeft u afgelopen jaar of sinds uw laatste keuring een ernstige blessure gehad?      o nee o ja

**Huisarts:**

2. Heeft u er bezwaar tegen als de rapportage ook naar de huisarts wordt gestuurd?      o nee o ja

**Bent u wel eens:**

3. Ernstig of langdurig ziek geweest?      o nee o ja

4. Door een specialist behandeld?      o nee o ja

5. In een ziekenhuis opgenomen geweest?      o nee o ja

6. Voelt u zich thans gezond?      o nee o ja

7. Volgt u een speciaal dieet?      o nee o ja

8. En op training / wedstrijddagen?      o nee o ja

9. Gebruikt u vitamines en/of andere preparaten?      o nee o ja

10. Rookt u?      o nee o ja

11. Gebruikt u alcohol?      o nee o ja

12. Gebruikt u medicijnen?      o nee o ja

**Heeft u wel eens last van:**

- |   |  |
|---|--|
| 13. Duizeligheid of evenwichtsstoornissen         | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 14. Epilepsie, hersenschudding of migraine        | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 15. Claustrofobie, bang voor enge ruimtes         | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 16. Problemen met zien, dubbelzien                | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 17. Problemen met horen, oorinfecties, oorpijn    | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
|   |  |
| 18. Kortademigheid, heesheid                      | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 19. Hooikoorts, CARA, astma                       | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 20. Slijm opgeven, bronchitis, emfyseem           | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 21. Benauwdheid in rust of bij inspanning         | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
|   |  |
| 22. Pijn of op de borst in rust of bij inspanning | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 22. Hartkloppingen of onregelmatige hartslag      | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 23. Verhoogde bloeddruk                           | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
|   |  |
| 24. Slikklachten, zuurbranden, maagzweer          | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 25. Vermageren, dik worden                        | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
|   |  |
| 26. Nieren of urinewegen                          | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 27. Pijn bij urineren                             | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 28. Urineverlies                                  | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 29. Huidaandoeningen                              | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 30. Allergieën                                    | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 31. Suikerziekte, schildklierproblemen            | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |

**Heeft u regelmatig last van:**

- |   |  |
|---|--|
| 32. Slaapproblemen, hoofdpijn               | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 33. Verkoudheid, hoesten, keelpijn          | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 34. Buikpijn, diarree, verstopping          | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 35. Misselijkheid, braken, opboeren         | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
|   |  |
| 36. Spier of peesklachten                   | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 37. Pijn in nek, rug of schouders           | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 38. Heupen, knieën, enkels, voeten of tenen | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 39. Ellebogen, polsen, handen of vingers    | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |

**Komt in uw familie voor:**

- |  |  |
|--|--|
| 40. Beroerte, hartaandoeningen         | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 41. Verhoogde bloeddruk                | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 42. Plotseling overlijden < 55 jaar    | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 31. Suikerziekte, schildklierproblemen | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 43. Longziekten, astma                 | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 44. Maagzweer                          | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 45. Reumatische ziektes                | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 46. Kanker                             | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 48. Rugklachten                        | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |

**Voor vrouwen:**

49. Heeft de menstruatie invloed op uw prestaties?

nee  ja

50. Bent u op dit moment zwanger?

nee  ja

51. Gebruikt u de pil?

nee  ja

Handtekening:

.....

**Niet invullen!**

Voorgeschiedenis:

Medicatie:

Opmerkingen: