

(Sport)medische vragenlijst

Naam
Adres
Postcode/woonplaats
Telefoon
Geboortedatum
Ziektekostenverzekering

Reden/aanleiding van onderzoek:

Tak(ken) van sport die worden beoefend:

Sportbeoefening

Welke sport beoefen je	Sport 1:	Sport 2:	Sport 3:
Sinds hoeveel jaar beoefen je deze sport?			
Beoefen je deze sport in verenigingsverband?			
Beoefen je deze sport recreatief of prestatiegericht?			
Hoeveel uur per week besteed je aan deze sport?			
Behaalde prestaties in deze sport (tijden, kampioenschappen)			

Weekprogramma	Soort training	Duur van de training
Maandag		
Dinsdag		
Woensdag		
Donderdag		
Vrijdag		
Zaterdag		
Zondag		

Wat is het doel van uw huidige en toekomstige training?

Waaruit bestaan jouw dagelijkse werkzaamheden/schoolactiviteiten?

Medische voorgeschiedenis

Heb je wel eens een sportblessure gehad?

Blessure	Wanneer	Behandeling	Resultaat (hersteld?)

Ben je wel eens overtraint geweest?

Ja/nee toelichting: _____

Ben je wel eens door een medisch specialist behandeld (zowel poliklinisch, via de eerste hulp van een ziekenhuis als tijdens een ziekenhuisopname)?

Aandoening	Wanneer	Behandeling	Resultaat (hersteld?)

Heb je op dit moment klachten wat betreft de gezondheid of blessures waardoor je gehinderd wordt bij het sporten?

Ja/nee toelichting: _____

Ben je op dit moment onder behandeling van huisarts, fysiotherapeut of specialist?

Ja/nee toelichting: _____

Ben je de laatste 4 weken verkouden of ziek geweest?

Ja/nee toelichting: _____

Medicatie, voeding en intoxicaties

Gebruik je medicatie? Ja/nee

Medicament	Indicatie	Dosering

Gebruik je vitaminepreparaten of voedingssupplementen? Ja/nee

Preparaat	Indicatie	Dosering

Gebruik je een speciaal dieet?

Ja/nee toelichting: _____

Rook je?

Ja/nee zo ja: wat en hoeveel rookt je _____
sinds welke leeftijd rook je _____

Gebruik je wel eens alcohol?

Ja/nee zo ja: hoeveel alcoholische consumpties gebruik je per week?
_____/week

Gezondheidsklachten

Klachten van hart en bloedvaten	Ja	Nee	toelichting
Heb je ooit last gehad van pijn, druk, of benauwdheid op de borst in rust?			
Heb je ooit last gehad van pijn, druk, of benauwdheid op de borst tijdens inspanning?			
Heb je ooit hartkloppingen of hartritmestoornissen gehad?			
Ben je ooit flauwgevallen tijdens of na inspanning?			
Ben je ooit duizelig geweest tijdens of na inspanning?			
Heeft men je ooit gezegd dat je een hartruis hebt?			
Heb je ooit een verhoogde bloeddruk gehad?			
Is bij jou ooit een verhoogd cholesterolgehalte gemeten?			
Overige klachten van hart en bloedvaten?			

Klachten van luchtwegen en longen	Ja	Nee	toelichting
Is bij jou ooit de diagnose astma of bronchitis gesteld?			
Heb je ooit last gehad van hoesten, kortademigheid of andere ademhalingsstoornissen tijdens of na inspanning?			
Heb je ooit last gehad van hoesten, kortademigheid of andere ademhalingsstoornissen bij kou of vochtig weer?			
Gebruik je of heb je in het verleden inhalatiemedicatie ('pufjes') gebruikt?			
Heb je een allergie (bijvoorbeeld tegen pollen, medicatie, voedingsmiddelen of insecten)?			
Heb je ooit een pneumothorax ('klaplong') gehad?			
Heb je wel eens last van oorpijn, voorhoofdsholte- of bijholte-ontstekingen?			
Overige klachten van luchtwegen en longen?			

Neurologische klachten	Ja	Nee	toelichting
Heb je last van hoofdpijn?			
Heb je ooit last gehad van duizeligheid?			
Heb je problemen met zien?			
Heb je problemen met horen?			

Heb je ooit last gehad van tintelingen en/of krachtsverlies in armen of benen?			
Heb je ooit een epileptische aanval gehad?			
Overige klachten van neurologische aard?			

Klachten van maag, darmen en urinewegen	Ja	Nee	toelichting
Heb je een gestoorde eetlust?			
Heb je last van maagpijn, zuurbranden of opboeren?			
Heb je last van verstopping of diarree?			
Is jouw gewicht de laatste 2 jaar sterk veranderd?			
Heb je klachten van nieren of urinewegen?			
Heb je last van incontinentie?			

Klachten van spieren, pezen en gewrichten	Ja	Nee	toelichting
Nek/schouders			
Ellebogen/polsen			
Heupen/knieën			
Enkels/voeten			
Rug			
Overigen			

Heb je vaak last van huidaandoeningen? Ja/Nee toelichting _____

Aandoeningen in de familie	Ja	Nee		Ja	Nee
			Suikerziekte		
Beroerte			Astma		
Hartziekte beneden de leeftijd van 60 jaar			Reuma en andere gewrichtsontstekingen		
Plotseling overlijden beneden de leeftijd van 50 jaar			Rugklachten		
Hoge bloeddruk			Anders?		

Vragen voor vrouwen	Ja	Nee	Toelichting
Heb je een regelmatige menstruatiecyclus?			
Gebruik je een anticonceptiepil?			

Heeft u nog iets op te merken ten aanzien van jouw gezondheid of jouw sportactiviteiten wat voor dit sportmedisch onderzoek van belang zou kunnen zijn?

Datum: _____

Handtekening (onder 18 jaar door ouder/voogd): _____