



Datum:-.....-.....
Naam:
Geb. Datum:.....

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

- Sport(en):frequentie:...../week, duur:.....uur, sinds jaar.
-frequentie:...../week, duur:.....uur, sinds jaar.
-frequentie:...../week, duur:.....uur, sinds jaar.
- Werk / opleiding:.....
- (Oude) blessures:.....
-
- Overige medische voorgeschiedenis:.....
-
- Roken: Ja/Nee, zo ja: ...per dag.
- Alcohol: Ja/Nee, zo ja: gemiddeld... per dag
- Medicatie (actueel):.....
- Medicatie (afgelopen 2 jaar):.....
- Voedingssupplementen:.....
- Allergie:.....

Algemene vragen

- Bent u wel eens eerder gekeurd/Heeft u wel eens een sportmedisch onderzoek gehad?.....Ja / Nee
- Bent u onder behandeling (geweest) van een medisch specialist/psycholoog? Ja / Nee
- Bent u ooit langdurig en/of ernstig ziek geweest? Ja / Nee
- Bent u ooit geopereerd?Ja / Nee
- Heeft u ooit een ongeval gehad, waar u nu nog gevolgen van ondervindt? Ja / Nee
- Voelt u zich de laatste tijd niet gezond of onfit? Ja / Nee
- Bent u wel eens overtraint geweest?..... Ja / Nee
- Slaapt u slecht?Ja / Nee
- Heeft u speciale voedingsgewoonten (bijvoorbeeld vegetarisch dieet)?Ja / Nee
- Heeft u intoleranties voor bepaalde voedingsmiddelen?Ja / Nee
- Bent u tevreden over uw lichaamsgewicht?Ja / Nee
- Bent u wel eens veel afgevallen of aangekomen in gewicht? Ja / Nee
- Heeft u wel eens eetproblemen gehad, nu of in het verleden? Ja / Nee
- Heeft u klachten van de maag of de buik?..... Ja / Nee
- Heeft u klachten over/van de ontlasting?..... Ja / Nee
- Heeft u klachten van uw huid?..... Ja / Nee
- Heeft u vaak last van hoofdpijn?.....Ja / Nee
- Heeft u wel eens een hersenschudding of zonnesteek gehad?.....Ja / Nee
- Ziet u slecht?..... Ja / Nee
- Heeft u problemen met het gehoor?..... Ja / Nee
- Gebruikt u braces, steunzolen of tape tijdens het sporten?..... Ja / Nee
- Heeft u de afgelopen maand spierkramp gehad tijdens of na inspanning?..... Ja / Nee
- Bent u in het laatste jaar door een fysiotherapeut behandeld?..... Ja / Nee

Voor vrouwen

- Is uw menstruatie onregelmatig?Ja / Nee
- Heeft u wel eens langer dan 3 maanden aaneengesloten geen menstruatie gehad? Ja / Nee
- Was uw eerste menstruatie na uw 15^e jaar? Ja / Nee
- Gebruikt u de pil?..... Ja / Nee

Cardiovasculaire screening

- Bent u wel eens bewusteloos geraakt tijdens of direct na inspanning?.....Ja / Nee
- Heeft u wel eens druk op de borst gehad?.....Ja / Nee
- Heeft u tijdens of na inspanning wel eens druk op de borst, hoesten of buitensporige kortademigheid bemerkt zodanig dat deze inspanning werd bemoeilijkt?..... Ja / Nee
- Bent u in het verleden behandeld of opgenomen voor astma?.....Ja / Nee
- Heeft u in het verleden wel eens een aanval van epilepsie gehad?..... Ja / Nee
- Is er wel eens tegen u gezegd dat u moest stoppen met sport i.v.m. een hartziekte?.....Ja / Nee
- Heeft u wel eens een hoge bloeddruk gehad?..... Ja / Nee
- Is er wel eens een hoog cholesterol geconstateerd?..... Ja / Nee
- Bent u wel eens duizelig tijdens inspanning?.....Ja / Nee
- Heeft u wel eens bemerkt dat uw hart op hol sloeg of dat het hart slagen oversloeg?.....Ja / Nee
- Bemerkt u wel eens extreme vermoeidheid die niet past bij een normaal inspanningsniveau?.....Ja / Nee
- Is er wel eens een hartgeruis bij u gehoord?..... Ja / Nee
- Heeft u wel eens een hartritmestoornis gehad?..... Ja / Nee
- Is er bij u nog een ander hartprobleem bekend?.....Ja / Nee
- Is er bij u recentelijk een ernstige virusinfectie gediagnosticeerd?.....Ja / Nee
- Heeft u vroeger acuut reuma gehad?.....Ja / Nee

Familie anamnese

Is er bij u in de familie* iemand:

- plots en onverwacht overleden? Ja / Nee
- behandeld voor regelmatig flauwvallen?..... Ja / Nee
- met onverklaarde trekkingen?..... Ja / Nee
- tijdens het zwemmen onverklaard is verdronken?..... Ja / Nee
- met een onverklaard ongeluk in het verkeer?.....Ja / Nee
- die een hartspierziekte heeft?..... Ja / Nee
- die een hartinfarct of “pijn op de borst” heeft gehad? Ja / Nee
- die gedotterd of aan het hart geopereerd is? Ja / Nee
- die een harttransplantatie heeft ondergaan?..... Ja / Nee
- met een pacemaker of een defibrillator?..... Ja / Nee
- behandeld voor een onregelmatige hartslag?..... Ja / Nee
- is er in de familie iemand overleden aan wiegendood?..... Ja / Nee
- komt er bij u in de familie iemand met het syndroom van Marfan voor?..... Ja / Nee

* onder familie worden naaste familieleden bedoeld, maar ook (achter)neven en (achter)nichten

Datum: ...-...-.....

Naam :..... **Handtekening:**.....

Onderstaand hoeft u NIET in te vullen

Lengte:cm	Gewicht:kg	BMI:kg/m ²
Som huidplooiën:mm	Vetpercentage:.....%	Bloeddruk:mmHg
Visus: rechts (VOD):.....	links (VOS):.....	Beide (VODS):..... Correctie:..
Longfunctie: FVC:L (.....%pred)	FEV1:L (.....%pred)	Tiff:%
Urine:.....	Hb:..... mmol/L	Hartfrequentie na 3 min herstel:...
Beighton-score:		
Houdings- en bewegingsapparaat:		

.....
.....
Lichamelijk onderzoek

Cor:.....
.....
Pulmones:.....
.....
Abdomen:.....
.....
Bloedvaten:.....
Marfan stigmata?

Houdings- en bewegingsapparaat:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....