

Datum:

Naam:

Geboortedatum:

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

Ja / Nee

Sport(en): frequentie: / week, duur:uur, sindsjaar.
 frequentie: / week, duur:uur, sindsjaar.
 frequentie: / week, duur:uur, sindsjaar.

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 overtraind 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

z.o.z. voor volgende vragen

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 huidplooien: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:		