

Sportmedische vragenlijst

Naam :
Adres :
Postcode/woonplaats :
Telefoon/e-mailadres :
Geboortedatum :
Ziektekostenverzekering/nummer :
Burgerservicenummer :
Reden/aanleiding van onderzoek:

Eerdere sportmedische onderzoeken:

datum: _____ plaats: _____
datum: _____ plaats: _____

Tak(ken) van sport waarvoor het huidige onderzoek plaatsvindt:

Sportbeoefening

Welke sport beoefent u	Sport 1:	Sport 2:	Sport 3:
Sinds hoeveel jaar beoefent u deze sport?			
Beoefent u deze sport in verenigingsverband?			
Beoefent u deze sport recreatief of prestatiegericht?			
Hoeveel uur per week besteedt u 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?

Traint u met een hartslagmeter? ja/nee

Waaruit bestaan uw dagelijkse werkzaamheden?

Medische voorgeschiedenis

Hebt u weleens een sportblessure gehad?

Blessure	Wanneer	Behandeling	Resultaat (hersteld?)

Bent u ooit langdurig of ernstig ziek geweest, of heeft u ooit een langer bestaande virale infectie gehad (ziekte van Pfeiffer, hartspierontsteking, langdurige periode van koorts)?

Ja/nee toelichting: _____

Bent u weleens overtraint geweest?

Ja/nee toelichting: _____

Bent u weleens door een medisch specialist behandeld (zowel poliklinisch, via de eerste hulp van een ziekenhuis als tijdens een ziekenhuisopname)?

Aandoening	Wanneer	Behandeling	Resultaat (hersteld?)

Heeft u op dit moment of in het verleden een chronische ziekte, zoals bijvoorbeeld suikerziekte, een schildklierfunctiestoornis, longaandoeningen (zoals astma of COPD) of een andere ziekte gehad?

Aandoening	Behandeling	Gecontroleerd door (huisarts of specialist)	Resultaat

Zijn er ooit röntgenfoto's gemaakt?

Ja/nee toelichting: _____

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

Ja/nee toelichting: _____

Bent u op dit moment onder behandeling van huisarts, fysiotherapeut of specialist?

Ja/nee toelichting: _____

Bent u de laatste 4 weken verkouden of ziek geweest?

Ja/nee toelichting: _____

Bent u ooit om medische redenen afgekeurd voor sport, werk of militaire dienst?

Ja/nee toelichting: _____

Medicatie, voeding en intoxicaties

Gebruikt u medicatie? Ja/nee

Medicament	Indicatie	Dosering

Gebruikt u vitaminepreparaten of voedingssupplementen? Ja/nee

Preparaat	Indicatie	Dosering

Gebruikt u een speciaal dieet?

Ja/nee toelichting: _____

Rookt u?

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

Gebruikt u drugs, of heeft u ooit drugs gebruikt?

Ja/nee toelichting: _____

Gebruikt u weleens alcohol?

Ja/nee zo ja: hoeveel alcoholische consumpties gebruikt u per week?
_____/week

Gezondheidsklachten

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

Klachten van luchtwegen en longen	Ja	Nee	toelichting
Is bij u ooit de diagnose astma of bronchitis gesteld?			
Heeft u ooit last gehad van hoesten, kortademigheid of andere ademhalingsstoornissen tijdens of na inspanning?			
Heeft u ooit last gehad van hoesten, kortademigheid of andere ademhalingsstoornissen bij kou of vochtig weer?			
Gebruikt u of heeft u in het verleden inhalatiemedicatie ('pufjes') gebruikt?			
Klachten van luchtwegen en longen	Ja	Nee	Toelichting
Heeft u ooit een pneumothorax ('klaplong') gehad?			
Heeft u weleens last van oorpijn, voorhoofdsholte- of bijholte-ontstekingen?			
Overige klachten van luchtwegen en longen?			
Bent u vaak verkouden?			

Allergieën	Ja	Nee	toelichting
Heeft u een allergie (bijvoorbeeld tegen pollen, medicatie, voedingsmiddelen of insecten)?			

Neurologische klachten	Ja	Nee	toelichting
Slaapt u goed?			
Bent u snel moe?			
Heeft u weleens last van extreme vermoeidheid niet passend bij een normaal inspanningsniveau?			
Heeft u last van hoofdpijn?			
Heeft u ooit last gehad van duizeligheid of evenwichtsstoornissen?			
Heeft u problemen met zien?			
Heeft u problemen met horen?			
Heeft u ooit last gehad van tintelingen en/of krachtsverlies in armen of benen?			
Heeft u ooit een epileptische aanval gehad?			
Overige klachten van neurologische aard?			
Heeft u psychische problemen waarvoor u op dit moment of in het verleden behandeld werd?			

Klachten van maag, darmen en urinewegen	Ja	Nee	toelichting
Heeft u een gestoorde eetlust?			
Heeft u last van maagpijn, zuurbranden of opboeren?			
Heeft u last van verstopping of diarree?			
Is uw gewicht de laatste 2 jaar veranderd?			
Heeft u klachten van nieren of urinewegen (zoals bijvoorbeeld pijn bij het plassen, of bloed in de urine)?			
Heeft u last van incontinentie?			

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

Heeft u 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
Heeft u last van menstruatiestoornissen (zoals een onregelmatige cyclus of abnormaal hevig bloedverlies)?			
Worden uw sportprestaties beïnvloed door uw menstruatiecyclus?			
Gebruikt u een anticonceptiepil?			

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

Datum:

Handtekening:
