

Vragenlijst Sportmedisch onderzoek SMA Mediweert

Naam: _____ Geboortedatum: _____
Adres: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____
Telefoon: _____
E-mail adres: _____
Zorgverzekeraar: _____ Polisnummer: _____
Huisarts, woonplaats huisarts: _____

Wilt u onderstaande vragen beantwoorden en zo nodig toelichten?

Reden van het sportmedisch onderzoek

- Verplicht in verband met sportbeoefening
Sport: _____
Bond / Vereniging: _____
- Verplicht in verband met opleiding of werk
Opleiding / werk: _____
- Gezondheids check-up
- Lichamelijke klachten
Toelichting: _____
- Advies over sportbeoefening
- Informatie over conditie

Sport / beweging

Welke sport(en) en / of vormen van beweging beoefent u?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Hoe lang beoefent u deze sport(en) al? (graag achter de sport noteren)

Hoe vaak traint u per week en hoeveel uren? _____

Op welk niveau beoefent u uw sport? (regionaal, nationaal, internationaal) _____

Wat is het doel van uw huidige sportbeoefening? _____

Waaruit bestaan uw dagelijkse werkzaamheden? _____

Kunt u in onderstaande tabel uw weekschema invullen?

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

Medische voorgeschiedenis

Bent u wel eens geopereerd?

- Nee
- Ja, toelichting:

Is er bij u wel eens een ziekte of andere afwijking vastgesteld? (denk ook aan botbreuken)

- Nee
- Ja,
toelichting: _____

Bent u op dit moment onder behandeling van een arts of andere hulpverlener?

- Nee
- Ja, toelichting:

Bent u wel eens op medische gronden afgekeurd?

- Nee
- Ja, toelichting: _____

Heeft u de afgelopen 2 weken koorts gehad?

- Nee
- Ja, toelichting: _____

Medicijnen / Supplementen / Voeding

Gebruikt u medicijnen?

- Nee
- Ja, toelichting:

Gebruikt u vitamines of voedingssupplementen?

- Nee
- Ja, toelichting: _____

Gebruikt u een speciaal dieet?

- Nee
- Ja, toelichting: _____

Rookt u of gebruikt u andere stimulerende middelen?

- Nooit gedaan
- Gestopt, sinds: _____
- Ja. Soort en hoeveelheid per week: _____

Gebruikt u alcohol?

- Nee
- Ja. Soort en hoeveel glazen per week: _____

Algemeen

- Voelt u zich gezond? Ja Nee
- Heeft u een allergie of hooikoorts? Ja Nee
- Heeft u vaker dan gemiddeld hoofdpijn? Ja Nee
- Heeft u vaker dan gemiddeld maag- of darmklachten? Ja Nee
- Heeft u klachten bij het plassen? Ja Nee
- Heeft u problemen met het gehoor? Ja Nee
- Heeft u ooit een aandoening van de oren gehad? Ja Nee
- Heeft u wel eens evenwichtstoornissen? Ja Nee
- Draagt u een bril of lenzen? Ja Nee
- Heeft u wel eens psychische klachten (bv depressie) gehad? Ja Nee
- Vrouwen: heeft u menstratieklachten? Ja Nee

Hart en Longen

- Heeft u wel eens druk of pijn op de borst bij inspanning? Ja Nee
- Heeft u wel eens last van hartkloppingen of onregelmatige hartslag? Ja Nee
- Heeft u hartritmestoornissen of wordt u hiervoor behandeld? Ja Nee
- Heeft u wel eens last van duizeligheid of flauwvallen tijdens inspanning? Ja Nee
- Bent u wel eens bewusteloos geraakt tijdens of kort na inspanning? Ja Nee
- Heeft u wel eens een epileptische aanval gehad? Ja Nee
- Heeft u een hartruis? Ja Nee
- Is er bij u een hartprobleem bekend? Ja Nee
- Heeft u acuut reuma doorgemaakt? Ja Nee
- Heeft u wel eens last van kortademigheid of hoesten bij inspanning? Ja Nee
- Bent u in het verleden behandeld geweest voor astma? Ja Nee
- Bemerkt u wel eens extreme vermoeidheid, bij normale inspanning? Ja Nee
- Heeft u gerookt? Ja Nee
- Heeft u of wordt u behandeld voor een verhoogde bloeddruk? Ja Nee
- Heeft u of wordt u behandeld voor een verhoogd cholesterol? Ja Nee
- Heeft u of wordt u behandeld voor suikerziekte? Ja Nee

Familie anamnese

Is er bij u in de familie (bloedverwant) iemand:

Plotseling of onverwacht overleden?	<input type="radio"/> Ja (< 65 jr)	<input type="radio"/> Ja (>65jr)	<input type="radio"/> Nee
Bij zwemmen onverklaard verdronken?	<input type="radio"/> Ja (< 65 jr)	<input type="radio"/> Ja (>65jr)	<input type="radio"/> Nee
Met een onverklaard ongeluk in het verkeer?	<input type="radio"/> Ja (< 65 jr)	<input type="radio"/> Ja (>65jr)	<input type="radio"/> Nee
Met een hoge bloeddruk?	<input type="radio"/> Ja (< 65 jr)	<input type="radio"/> Ja (>65jr)	<input type="radio"/> Nee
Met een doorgemaakt hartinfarct?	<input type="radio"/> Ja (< 65 jr)	<input type="radio"/> Ja (>65jr)	<input type="radio"/> Nee
Gedotterd of aan het hart geopereerd?	<input type="radio"/> Ja (< 65 jr)	<input type="radio"/> Ja (>65jr)	<input type="radio"/> Nee
Met een pacemaker of defibrillator?	<input type="radio"/> Ja (< 65 jr)	<input type="radio"/> Ja (>65jr)	<input type="radio"/> Nee
Met een hartspierziekte of syndroom van Marfan?	<input type="radio"/> Ja (< 65 jr)	<input type="radio"/> Ja (>65jr)	<input type="radio"/> Nee
Overleden aan wiegendood?	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nee

Toelichting:

Bewegingsapparaat / blessures

Heeft u op dit moment klachten van het bewegingsapparaat in dagelijks leven of bij sport?

- Nee
- Ja, toelichting:

Heeft u hiervoor behandelingen (gehad)? Zo ja, welke?

- Nee
- Ja, toelichting:

Heeft u in het verleden klachten gehad van het bewegingsapparaat in dagelijks leven of bij sport?

- Nee
- Ja, toelichting:

Overig

Overige opmerkingen die relevant zouden kunnen zijn voor het sportmedische onderzoek:

Heeft u er bezwaar tegen dat uw huisarts een kopie van het onderzoeksverslag ontvangt?

- Nee
- Ja

Hierbij verklaar ik de bovenstaande vragenlijst naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum: _____ Handtekening: _____

Handtekening ouder / voogd (indien leeftijd <18 jaar): _____

