

Vragenlijst Sportmedisch Onderzoek Algemeen

UTRECHT ■ AMSTERDAM ■ ROTTERDAM ■ ALMERE

Datum:



Naam:	
Straat:	
Postcode:	Plaats:
Telefoon:	Geboorte datum:
Huisarts:	School/ beroep:

Reden voor keuring/ onderzoek:	
Tak van sport waarvoor wordt gekeurd:	
Bent u wedstrijd of recreatiesporter?	

	Sport 1	Sport 2	Sport 3
Welke sporten beoefent u?			
Hoeveel jaar beoefent u deze sporttak(ken)			
Hoeveel uur per week?			

1. Heeft u afgelopen jaar of sinds uw laatste keuring een ernstige blessure gehad? nee ja

Huisarts:

2. Heeft u er bezwaar tegen als de rapportage ook naar de huisarts wordt gestuurd? nee ja

Bent u wel eens:

- 3. Ernstig of langdurig ziek geweest? nee ja
- 4. Door een specialist behandeld? nee ja
- 5. In een ziekenhuis opgenomen geweest? nee ja
- 6. Voelt u zich thans gezond? nee ja

- 7. Volgt u een speciaal dieet? nee ja
- 8. En op training / wedstrijddagen? nee ja
- 9. Gebruikt u vitamines en/of andere preparaten? nee ja

- 10. Rookt u? nee ja
- 11. Gebruikt u alcohol? nee ja
- 12. Gebruikt u medicijnen? nee ja

Heeft u wel eens last van:

- | | |
|---|--|
| 13. Duizeligheid of evenwichtsstoornissen | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 14. Epilepsie, hersenschudding of migraine | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 15. Claustrofobie, bang voor enge ruimtes | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 16. Problemen met zien, dubbelzien | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 17. Problemen met horen, oorinfecties, oorpijn | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| | |
| 18. Kortademigheid, heesheid | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 19. Hooikoorts, CARA, astma | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 20. Slijm opgeven, bronchitis, emfyseem | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 21. Benauwdheid in rust of bij inspanning | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| | |
| 22. Pijn of op de borst in rust of bij inspanning | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 22. Hartkloppingen of onregelmatige hartslag | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 23. Verhoogde bloeddruk | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| | |
| 24. Slikklachten, zuurbranden, maagzweer | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 25. Vermageren, dik worden | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| | |
| 26. Nieren of urinewegen | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 27. Pijn bij urineren | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 28. Urineverlies | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 29. Huidaandoeningen | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 30. Allergieën | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 31. Suikerziekte, schildklierproblemen | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |

Heeft u regelmatig last van:

- | | |
|---|--|
| 32. Slaapproblemen, hoofdpijn | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 33. Verkoudheid, hoesten, keelpijn | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 34. Buikpijn, diarree, verstopping | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 35. Misselijkheid, braken, opboeren | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| | |
| 36. Spier of peesklachten | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 37. Pijn in nek, rug of schouders | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 38. Heupen, knieën, enkels, voeten of tenen | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 39. Ellebogen, polsen, handen of vingers | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |

Komt in uw familie voor:

- | | |
|--|--|
| 40. Beroerte, hartaandoeningen | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 41. Verhoogde bloeddruk | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 42. Plotseling overlijden < 55 jaar | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 31. Suikerziekte, schildklierproblemen | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 43. Longziekten, astma | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 44. Maagzweer | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 45. Reumatische ziektes | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 46. Kanker | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |
| 48. Rugklachten | <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja |

Voor vrouwen:

- 48. Heeft de menstruatie invloed op uw prestaties?
- 49. Bent u op dit moment zwanger?
- 50. Gebruikt u de pil?

- nee ja
- nee ja
- nee ja

Handtekening:

.....