

SMA regio Alkmaar en omstreken

VRAGENLIJST SPORTMEDISCH ONDERZOEK

S.V.P. duidelijk schrijven en doorstrepen wat niet de bedoeling is

Naam en voorletters.....man/vrouw
Keuringsdatum.....Geboortedatum.....
Roepnaam.....
Straat.....
Postcode en Woonplaats.....
Telefoonnummer.....
Opleiding/Beroep.....
BSN nummer.....
Huisarts.....
Adres huisarts.....
Vindt u het goed dat uw huisarts een bericht over de keuring krijgt (indien van toepassing)?
J/N

SPORTBEOEFENING

Soort sport	hoe lang al	aantal malen	afstand of duur per training/wedstrijd
1.....	sinds.....jaarx per week
2.....	sinds.....jaarx per week
3.....	sinds.....jaarx per week
4.....	sinds.....jaarx per week

Speciale voedingsgewoonten?

J/N.....

Speciale voedingsgewoonten i.v.m. de sportbeoefening?

J/N.....

Wilt u iets vragen over de voeding

J/N.....

Gebruikt u geregeld geneesmiddelen, welke?

J/N.....

Bent u onder behandeling (geweest) van een medisch specialist?

J/N.....

Bent u ooit langdurig en/of ernstig ziek geweest?

J/N.....

Bent u ooit geopereerd?

J/N.....

Heeft u een ongeval gehad, waarvan u nu nog gevolgen ondervindt?

J/N.....

Heeft u wel eens langdurige periode van niet fit zijn doorgemaakt?

J/N.....

Voelt u zich de laatste tijd gezond?

J/N.....

Slaapt u doorgaans goed?

J/N.....

Heeft u vaak last van hoofdpijn?

J/N.....

Ziet u goed met beide ogen?

J/N.....

Hoort u goed met beide oren?

J/N.....

Heeft u last van duizeligheid?

J/N.....

Bent u wel eens flauw gevallen?

J/N.....

Bent u vaak of langdurig verkouden?

J/N.....

Heeft u last van uw tanden of tandvlees?

J/N.....

Heeft u (wel eens) last van de volgende klachten?

Kortademigheid

J/N.....

Piepende ademhaling

J/N.....

Hoesten

J/N.....

Slijm opgeven

J/N.....

Astma

J/N.....

Bronchitis

J/N.....

Allergie

J/N.....

Hooikoorts

J/N.....

Pijn of druk op de borst

J/N.....

Overslaan van het hart

J/N.....

Hartkloppingen

J/N.....

Onwel worden tijdens of na inspanning

J/N.....

Heeft u klachten van de maag of de buik?

J/N.....

Heeft u problemen met uw gewicht (gehad)?

J/N.....

Heeft u klachten over de ontlasting?

J/N.....

Heeft u wel eens klachten van de nieren gehad?

J/N.....

Heeft u klachten (gehad) van uw huid?

J/N.....

Heeft u plaatselijk ongevoelige plekken?

J/N.....

Rookt U?

J/N.....

Zo ja, hoeveel.....

Gebruikt u regelmatig alcoholische dranken?

J/N.....

Zo ja, hoeveel glazen gemiddeld dag?.....

Bent u in het laatste jaar door een fysiotherapeut behandeld?

J/N.....

Heeft u wel eens een noemenswaardige blessure gehad van een van de volgende lichaamsdelen:

Hoofd J/N.....

Nek/hals J/N.....

Rug J/N.....

Schouder J/N.....

Bovenarm J/N.....

Elleboog J/N.....

Pols J/N.....

Hand J/N.....

Heup J/N.....

Lies J/N.....

Dijbeen J/N.....

Knie J/N.....

Onderbeen J/N.....

Enkel J/N.....

Voet J/N.....

Komen er in uw familie een van de volgende ziektes of aandoeningen voor:

Hartziekten J/N.....

Astma J/N.....

Bronchitis J/N.....

Vallende ziekte.....

Beroerte J/N.....

Tbc J/N.....

Plotseling overlijden op jonge leeftijd J/N.....

Een hier niet genoemde erfelijke ziekte J/N.....

Ingevuld door.....

Datum.....

Handtekening.....

SVP ingevuld meenemen naar uw afspraak voor het sportmedisch onderzoek