



SMA Oostnederland
(Revalidatiecentrum Het Roessingh - Kottenpark centrum)
Roessinghsbleekweg 157
7522 AH Enschede
Tel. 053 - 4343888
Email: info@smaoostnederland.nl
Internet: www.smaoostnederland.nl

Vragenlijst

DZ / GZ / KPC / TBZ

Datum:

BSN:.....

Persoonlijke gegevens

Naam en voorletters : Man/Vrouw
Roepnaam :
Geboortedatum :
BSN :
Adres :
Postcode en woonplaats:
Telefoon overdag :
Mobiel :
Emailadres :
Opleiding/Beroep :

Vindt u het goed dat uw huisarts een bericht over de keuring krijgt (indien van toepassing)? Ja/Nee
Zo ja, s.v.p. invullen:

Huisarts :
Adres :
Postcode en woonplaats:

Sportbeoefening

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

Wat is uw voorkeursbeen (met schieten, afzetten e.d.)? rechts / links / beide

Wat is uw voorkeursarm (met werpen, opslag e.d.)? rechts / links / beide

Herstelt u normaal na het sporten (m.b.t. vermoeidheid)?

Heeft u veel spierpijn?

Speciale voedingsgewoonten? Ja/Nee
 Speciale voedingsgewoonten i.v.m. de sportbeoefening? Ja/Nee
 Gebruikt u geregeld geneesmiddelen? Ja/Nee
 Zo ja, welke?

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

 Bent u ooit langdurig en/of ernstig ziek geweest? Ja/Nee
 Bent u ooit geopereerd? Ja/Nee

 Bent u in het laatste jaar door een fysiotherapeut of een andere behandelaar behandeld? Ja/Nee

 Heeft u een ongeval gehad, waarvan u nu nog gevolgen van ondervindt? Ja/Nee
 Heeft u wel eens langdurige periode van niet fit zijn doorgemaakt? Ja/Nee
 Voelt u zich de laatste tijd gezond? Ja/Nee
 Slaapt u doorgaans goed? Ja/Nee
 Heeft u vaak last van hoofdpijn? Ja/Nee
 Ziet u goed met beide ogen? Ja/Nee
 Heeft u een bril/ contactlenzen? Ja/Nee
 Hoort u goed met beide oren? Ja/Nee
 Heeft u last van duizeligheid? Ja/Nee
 Bent u wel eens flauw gevallen? Ja/Nee
 Bent u vaak of langdurig verkouden? Ja/Nee
 Heeft u last van uw tanden of tandvlees? Ja/Nee

Heeft u last van een van de volgende klachten:

- astma Ja/Nee
 - bronchitis Ja/Nee
 - kortademigheid Ja/Nee
 - piepende ademhaling Ja/Nee
 - hoesten Ja/Nee
 - slijm opgeven Ja/Nee
 Heeft u bovenstaande klachten ook bij inspanning? Ja/Nee
 - allergie Ja/Nee
 - hooikoorts Ja/Nee

Heeft u (wel eens) last gehad van een van de volgende klachten:

- Pijn of druk op de borst? Ja/Nee
- Pijn of druk op de borst bij inspanning? Ja/Nee
- Overslaan van het hart? Ja/Nee
- Hartkloppingen en/of onregelmatige hartslag? Ja/Nee
- Onwel worden tijdens of na inspanning? Ja/Nee
- Heeft u een hoge bloeddruk? Ja/Nee
- Heeft u een verhoogd cholesterol? Ja/Nee
- Heeft u klachten van maag of de buik Ja/Nee
- Heeft u problemen met uw gewicht (gehad)? Ja/Nee
- Heeft u wel eens zwarte of witte ontlasting gehad of veel bloed of slijm erbij? Ja/Nee
- Is de eetlust verstoord? Ja/Nee
- Heeft u wel eens klachten van de nieren gehad? Ja/Nee
- Heeft u pijn bij het plassen? Ja/Nee
- Moet u erg vaak plassen? Ja/Nee
- Heeft u klachten (gehad) van uw huid? Ja/Nee

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

- hoofd Ja/Nee
- nek/hals Ja/Nee
- rug Ja/Nee
- schouder Ja/Nee
- bovenarm Ja/Nee
- elleboog Ja/Nee
- pols Ja/Nee
- hand Ja/Nee
- heup Ja/Nee
- lies Ja/Nee
- dijbeen Ja/Nee
- knie Ja/Nee
- onderbeen Ja/Nee
- enkel Ja/Nee
- voet Ja/Nee

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

- hartziekten Ja/Nee
- vaatziekten Ja/Nee
- verhoogd cholesterol Ja/Nee
- verhoogde bloeddruk Ja/Nee
- astma Ja/Nee
- bronchitis Ja/Nee
- vallende ziekte/epilepsie Ja/Nee
- beroerte Ja/Nee
- aangeboren heupafwijking Ja/Nee
- plotseling overlijden op jonge leeftijd Ja/Nee
- een hier niet genoemde erfelijke ziekte Ja/Nee

Rookt u? Ja/Nee

Zo ja, hoeveel?

Gebruikt u regelmatig alcoholische dranken? Ja/Nee

Zo ja, hoeveel glazen gemiddeld per dag

Voor vrouwen:

- Op welke leeftijd trad uw eerste menstruatie op?
- Is uw menstruatie regelmatig? Ja/Nee
- Heeft u klachten van de menstruatie? Ja/Nee
- Worden u sportprestaties beïnvloedt door de menstruatie cyclus? Ja/Nee
- Gebruikt u de pil? Ja/Nee

Naar waarheid ingevuld door Datum:

Handtekening

Aantekeningen arts:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....