

Datum	
Voorletter(s) + achternaam <input type="checkbox"/> dhr. <input type="checkbox"/> mw.	
Geboortedatum	
E-mail adres	
Straat + huisnummer	
Postcode	Woonplaats
Telefoon	Mobiel
Verzekering	Polis/klant nr.
BSN nr.	
Huisarts naam	Praktijkplaats
Optioneel	
<input type="checkbox"/> Uitgebreid bloedonderzoek (€ 70)	
<input type="checkbox"/> Looptest i.p.v. fietstest (€ 0)	
Reden van het onderzoek	
Aandachtspunten	
Op dit moment beoefende sporten	
1)	uur/week <input type="checkbox"/> recreatief <input type="checkbox"/> prestatie/competitie <input type="checkbox"/> topsport
2)	uur/week <input type="checkbox"/> recreatief <input type="checkbox"/> prestatie/competitie <input type="checkbox"/> topsport
3)	uur/week <input type="checkbox"/> recreatief <input type="checkbox"/> prestatie/competitie <input type="checkbox"/> topsport
Opleiding/beroep <input type="checkbox"/> veel zitten <input type="checkbox"/> veel staan/wandelen <input type="checkbox"/> lichamelijke arbeid	
Dominante arm	<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links
Dominant been	<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links
Roken	<input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> gestopt sinds: <input type="checkbox"/> ja, aantal per dag:
Alcohol	<input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> <5 glazen/week <input type="checkbox"/> 5-15 glazen/week <input type="checkbox"/> >15 glazen/week
Allergie	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, namelijk:
Land van herkomst van ouders?	<input type="checkbox"/> Nederland anders, namelijk:
Blessures/ziektesoperaties/ziekenhuisopnames in het verleden	
Gebruikte medicatie/vitamines/supplementen	
Zijn er bij medische keuringen ooit problemen gevonden?	
Heeft u ooit het advies gekregen te stoppen met sport?	

<p>Is er sprake van</p> <p><input type="checkbox"/> Benauwdheid/kortademigheid</p> <p><input type="checkbox"/> Astma/bronchitis</p> <p><input type="checkbox"/> Andere longproblemen</p> <p><input type="checkbox"/> hooikoorts</p> <p><input type="checkbox"/> Evenwichtstoornis/duizeligheid</p> <p><input type="checkbox"/> Bewusteloosheid/flauwvallen</p> <p><input type="checkbox"/> Pijn of druk op de borst</p> <p><input type="checkbox"/> Hartritmestoornis</p> <p><input type="checkbox"/> Hartgeruis</p> <p><input type="checkbox"/> Andere hartproblemen</p> <p><input type="checkbox"/> Doofheid/oorproblemen</p> <p><input type="checkbox"/> Oorsuizen</p> <p><input type="checkbox"/> >4x/jaar verkouden</p>	<p><input type="checkbox"/> Bloed donor</p> <p><input type="checkbox"/> plasma donor</p> <p><input type="checkbox"/> Dagelijks buikpijn</p> <p><input type="checkbox"/> Dagelijks hoofdpijn</p> <p><input type="checkbox"/> Gebitsproblemen</p> <p><input type="checkbox"/> Oogproblemen</p> <p><input type="checkbox"/> Bril voor zicht ver</p> <p><input type="checkbox"/> Lenzen voor zicht ver</p> <p><input type="checkbox"/> Bril/lenzen voor zicht dichtbij</p> <p><input type="checkbox"/> Kleurenblindheid</p> <p><input type="checkbox"/> Steunzolen</p> <p><input type="checkbox"/> Tape of brace's tijdens sporten</p> <p><input type="checkbox"/> Vegetarisch dieet</p>	<p>Is er OOI sprake geweest van</p> <p><input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk</p> <p><input type="checkbox"/> Lage bloeddruk</p> <p><input type="checkbox"/> Hoog cholesterol</p> <p><input type="checkbox"/> Suikerziekte</p> <p><input type="checkbox"/> Klaplong (pneumothorax)</p> <p><input type="checkbox"/> Loopoor/gat trommelvlies</p> <p><input type="checkbox"/> IJzertekort/bloedarmoede</p> <p><input type="checkbox"/> Bloed/eiwit/suiker in urine</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsie</p> <p><input type="checkbox"/> Leverproblemen</p> <p><input type="checkbox"/> Nierproblemen</p> <p><input type="checkbox"/> Ernstige tandproblemen</p>
<p>Is er in de FAMILIE iemand jonger dan 70 jaar (wie? op welke leeftijd?)</p> <p>met een hartproblemen (bv hartinfarct/hartoperatie/Dotter)?</p> <p>overleden?</p> <p>overleden als zuigeling (wiegedood)</p> <p>met regelmatig flauwvallen of epilepsie?</p> <p>met (ouderdoms)suikerziekte?</p> <p>met hoge bloeddruk?</p> <p>met hoog cholesterol?</p> <p>andere ziektes in de familie?</p>		
<p>Voor sporters</p> <p>Teamsporters: positie op het veld</p> <p>Wielrenners: gemiddelde snelheid en hartslag tijdens een tijdrit van 1 uur?</p> <p>Hardlopers: gemiddelde snelheid en hartslag tijdens een duurloop van 1 uur?</p> <p>Wat is uw maximale hartslag?</p> <p>Wat is uw trainingsdoel?</p>		
<p>Wat zijn de trainingsmomenten? (wat? hoe lang? alleen/groep? etc.)</p> <p>Maandag</p> <p>Dinsdag</p> <p>Woensdag</p> <p>Donderdag</p> <p>Vrijdag</p> <p>Zaterdag</p> <p>Zondag</p>		

Sl de vragenlijst op en stuur deze door naar info@smc-maasstad.nl. Neem ook een uitgeprinte versie mee naar de afspraak, bedankt!