

**Algemeen:**

Wat is de belangrijkste reden dat u een keuring laat doen?

- Ik heb lichamelijke klachten en wil graag weten of ik extra risico loop bij het sporten
- Ik wil graag weten hoe mijn conditie is
- Ik wil graag weten hoe mijn conditie t.o.v. een vorige test is
- Ik wil graag weten of ik verstandig en gezond bezig ben
- Ik wil graag tips en adviezen hoe ik mijn sport het best kan aanpakken
- Anders, \_\_\_\_\_

Welke sport(en) bedrijft u? \_\_\_\_\_

Hoeveel uur per week? \_\_\_\_\_

Traint u met een hartslagmeter?  Ja  Nee**Vragenlijst (medisch geheim)****Algemeen**

- |   | <b>Ja</b>                | <b>Nee</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hebt u op dit moment klachten over uw gezondheid?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bent u ooit afgekeurd of voorbehouden goed- of afgekeurd?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bent u ooit geopereerd? Zo ja, waaraan, wanneer en waar? _____ |                          |                          |
| 4. Gebruikt u medicijnen?   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5. Zo, ja welke? _____  |                          |                          |

**Hart- en vaatziekten**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 6. Hebt u ooit een operatie ondergaan aan het hart of aan uw aorta?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Is er bij u ooit een hartafwijking vastgesteld?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Bent u ooit behandeld voor hart- en vaatziekten?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Gebruikt u medicijnen voor hart- en vaatziekten? Zo ja, welke? _____              |                          |                          |
| 10. Is er in uw familie ooit iemand voor zijn 35e plotseling overleden?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Is er iemand in uw familie, jonger dan 35 jaar, met een pacemaker?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Hebt u tijdens inspanningen wel eens pijn op de borst die verdwijnt als u stopt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Hebt u wel eens last van hartkloppingen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Hebt u wel eens last van duizeligheid of bewusteloosheid?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Is er bij u ooit hoge bloeddruk vastgesteld?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**KNO en luchtwegziekten**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 16. Bent u snel kortademig of hoest u vaak?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Hebt u hooikoorts, astma, bronchitis of een andere aandoening aan de luchtwegen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Bent u vaak verkouden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Maag en darm & stofwisseling**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 19. Is uw eetlust goed?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Hebt u ooit last van maag of darmen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Hebt u ooit last van braken, zuurbranden, diarree, verstoppingen, vermageren of dik worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Hebt u suikerziekte?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Allergie & immunologie**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 23. Hebt u een allergie? Zo ja, waarvoor? _____ |                          |                          |
| 24. Bent u vaak ziek?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Houding- en bewegingsapparaat**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 25. Hebt u wel eens last van nekpijn, rugpijn, schouder, elleboog, handen, heup, knieën of voeten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Hebt u vaak last van blessures?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Zenuwstelsel**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 27. Hebt u ooit psychische problemen gehad waarvoor u behandeld bent?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Is er bij u ooit een afwijking van het zenuwstelsel vastgesteld?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Hebt u ooit last van duizeligheid, toevallen (epilepsie) of evenwichtsstoornissen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Urologisch**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 30. Hebt u wel eens last van nieren of urinewegen, pijn bij urineren of urineverlies? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

**Zintuigen**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 31. Hebt u een verminderd gezichtsvermogen?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Draagt u een bril of lenzen tijdens de training of wedstrijden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Hebt u gehoorsvermindering of draagt u een gehoorapparaat?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Overigen**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 34. Gebruikt u wel eens tabak, drugs, doping of overmatig alcohol?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Hebt u andere (nog niet genoemde) ziekte, afwijking of aandoening waardoor u sommige sporten niet kunt beoefenen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_  
Ouder of opvoeder indien jonger dan 18 jaar