

**Medische Vragenlijst t.b.v. sport**

Achternaam _____ Voornaam/Voorletters _____
 Geboortedatum _____ Lengte _____ Gewicht _____ M / V
 Tel.nr. privé _____ Tel.nr. werk _____

Deelname aan: Fitness Omgaan met Nek-Schouder-Rug klachten RSI plan Weight Control

Medisch Geheim

Deze vragenlijst valt onder het medisch geheim. Het USC stuurt de lijst door naar de bedrijfsarts van de AMD (Arbo- en Milieudienst). Deze beoordeelt de lijst om zodoende u en het USC te kunnen adviseren over een verantwoord sportprogramma. Als er nadere informatie nodig is neemt de bedrijfsarts contact met u op. Zolang u deelnemer bent wordt de lijst bewaard, daarna of na 3 jaar wordt hij vernietigd.

Instructie

Bij de open vragen moet u zelf een antwoord formuleren. Wij vragen u dat in blokletters te doen. Bij de keuzevragen is het de bedoeling dat u het antwoord(hokje) aankruist als het antwoord op u van toepassing is.

Komen of kwamen er in uw naaste familie (ouders, broers, zusters) voor het zestigste levensjaar de volgende aandoeningen voor? Zo ja, bij welk familielid?	Hart- en vaatziekten	1	<input type="checkbox"/>
	Hoge bloeddruk	2	<input type="checkbox"/>
	Hersensbloeding	3	<input type="checkbox"/>
Heeft u op dit moment klachten over uw gezondheid? Zo ja, welke?	Nee	4	<input type="checkbox"/>
Bent u onder behandeling van Waarom bent u onder behandeling (alleen indien van toepassing)?	De huisarts	5	<input type="checkbox"/>
	De specialist	6	<input type="checkbox"/>
	De fysiotherapeut	7	<input type="checkbox"/>
Bent u om medisch redenen afgekeurd? Zo ja, voor welke aandoening?		8	<input type="checkbox"/>
Gebruikt u medicijnen wegens de volgende aandoeningen? Zo ja, bij welk familielid? Zo ja, welke en in welke dosering?	Hoge bloeddruk	9	<input type="checkbox"/>
	Hartaandoeningen	10	<input type="checkbox"/>
	Longaandoeningen	11	<input type="checkbox"/>
	Reumatische aandoeningen	12	<input type="checkbox"/>
	Suikerziekte	13	<input type="checkbox"/>
	T.b.v. Bloedverdunding	14	<input type="checkbox"/>
	Andere aandoeningen nl: _____		
Heeft u regelmatig last van	Hartkloppingen	15	<input type="checkbox"/>
	Onregelmatige hartslag	16	<input type="checkbox"/>
	Overslaan van het hart	17	<input type="checkbox"/>
Bent u hiervoor wel eens onderzocht door een arts? Zo ja, wat was de diagnose?		18	<input type="checkbox"/>
Wordt u kortademig bij inspanning (meer dan anderen)?		19	<input type="checkbox"/>
Krijgt u bij inspanning en/of stress pijn op de borst, die snel afzakt in rust?		20	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van etalagebenen (pijn bij enige tijd lopen. welke direct afzakt bij stilstaan?)		20a	<input type="checkbox"/>
Zijn uw voeten regelmatig gezwollen?		21	<input type="checkbox"/>



Heeft u in rust last van	Kortademigheid	22	<input type="checkbox"/>
	Pijn op de borst	23	<input type="checkbox"/>
	Benauwdheid	24	<input type="checkbox"/>
Rookt u?	Ja, ik rook	25	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van langdurige vermoeidheidsklachten?		26	<input type="checkbox"/>
Heeft u één van de volgende aandoeningen gehad?	Hartaanval (hartinfarct)	27	<input type="checkbox"/>
	Pijn op de borst (angina pectoris)	28	<input type="checkbox"/>
	Hartklepaandoeningen	29	<input type="checkbox"/>
	Verhoogde bloeddruk	30	<input type="checkbox"/>
	Andere hart- of vaatafwijking (geen spataderen)	31	<input type="checkbox"/>
	Hersenbloeding	32	<input type="checkbox"/>
	Suikerziekte	33	<input type="checkbox"/>
	Schildklierafwijking	34	<input type="checkbox"/>
	Astma, bronchitis	35	<input type="checkbox"/>
	Inspanningsastma	36	<input type="checkbox"/>
Andere aandoeningen:			
Ondervindt u van een van de hierboven aangegeven aandoeningen op dit moment last/hinder? Zo ja, welke?			
Heeft u wel eens een operatie ondergaan? Zo ja, waarvoor en wanneer?		37	<input type="checkbox"/>
Heeft u bij inspanning wel eens last van de aandoeningen waarvoor u geopereerd bent?		38	<input type="checkbox"/>
Heeft u bij het dagelijks functioneren pijn/klachten in:	Enkels	39	<input type="checkbox"/>
	Knieën	40	<input type="checkbox"/>
	Heupen	41	<input type="checkbox"/>
	Rug	42	<input type="checkbox"/>
	Schouders	43	<input type="checkbox"/>
	Ellebogen	44	<input type="checkbox"/>
	Nek	45	<input type="checkbox"/>
Andere gewrichten/spieren:			
Heeft u bij inspanning of verhoogde belasting pijn/klachten in:	Enkels	46	<input type="checkbox"/>
	Knieën	47	<input type="checkbox"/>
	Heupen	48	<input type="checkbox"/>
	Rug	49	<input type="checkbox"/>
	Schouders	50	<input type="checkbox"/>
	Ellebogen	51	<input type="checkbox"/>
	Nek	52	<input type="checkbox"/>
Andere gewrichten/spieren:			



Bent u momenteel of in de afgelopen 3 maanden onder behandeling (geweest) wegens pijn/klachten aan:	Enkels	53	<input type="checkbox"/>
	Knieën	54	<input type="checkbox"/>
	Heupen	55	<input type="checkbox"/>
	Rug	56	<input type="checkbox"/>
	Schouders	57	<input type="checkbox"/>
	Ellebogen	58	<input type="checkbox"/>
	Nek	59	<input type="checkbox"/>
	Andere gewrichten/spieren:		
Zo ja, welke diagnose is gesteld?			
Heeft u daar momenteel nog last van?		59A	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van uitstralende pijn vanuit uw rug naar armen en/of benen?	In de armen	60	<input type="checkbox"/>
	In de benen	61	<input type="checkbox"/>
Heeft u andere klachten (behalve de hierboven genoemde) die u beperken in uw dagelijks functioneren? Zo ja welke?		62	<input type="checkbox"/>
Heeft u andere klachten (behalve de hierboven genoemde) die u beperken bij verhoogde belastingen? Zo ja, welke?		63	<input type="checkbox"/>
Is er wel eens geadviseerd een bepaalde belasting niet te ondergaan, dan wel te voorkomen? En welke belasting is dat?		63a	<input type="checkbox"/>
Doet u momenteel aan sport?	Nee, al meer dan 5 jaar niet meer	64	<input type="checkbox"/>
	Nee, ik ben korter dan 5 jaar geleden gestopt	65	<input type="checkbox"/>
	Ja, maar niet regelmatig	66	<input type="checkbox"/>
	Ja, gemiddeld 1 maal per week	67	<input type="checkbox"/>
	Ja, meer dan 1 maal per week	68	<input type="checkbox"/>
Indien u sport, onder welke categorie valt dan uw sportbeoefening?	Duursport, zoals joggen, wandelen, fietsen, roeien, aerobics	69	<input type="checkbox"/>
	Snelsport, zoals voetbal, volleybal, hockey, basketbal	70	<input type="checkbox"/>
	Racketsport, zoals tennis n squash	71	<input type="checkbox"/>
	Overige sporten, zoals gymnastiek, fitness	72	<input type="checkbox"/>
Hoe schat u uw conditie in?	Slecht	73	<input type="checkbox"/>
	Matig	74	<input type="checkbox"/>
	Redelijk	75	<input type="checkbox"/>
	Goed	76	<input type="checkbox"/>
	Zeer goed	77	<input type="checkbox"/>
Wat is de belangrijkste reden waarom u gaat sporten?	Geen specifieke reden	78	<input type="checkbox"/>
	Gezelligheid	79	<input type="checkbox"/>
	Handhaven of verbeteren conditie/fitheid	80	<input type="checkbox"/>
	Verhelpen of voorkomen van spier- of gewrichtsklachten	81	<input type="checkbox"/>
	Afvallen/figuurverbetering	82	<input type="checkbox"/>
	Ter ondersteuning van overige sportbeoefening	83	<input type="checkbox"/>

U kunt de ingevulde vragenlijst en het eveneens ingevulde verzamelformulier in gesloten enveloppe inleveren bij de balie van het USC

Datum: _____ Handtekening _____