

Deze lijst wordt uitsluitend gebruikt voor de medische screening en trainingsadvisering. De inhoud van dit formulier valt onder de medische geheimhouding en wordt niet zonder uw toestemming aan derden ter inzage gegeven.

Tijdens de test wordt U verzocht makkelijke, dan wel sportkleding en sportschoenen mee te nemen.

Persoonsgegevens

Klantnummer	_____	Datum Intake	_____
Achternaam	_____	Tussenvoegsel	_____
Roepnaam	_____	Voorletters	_____
Geboortedatum	_____	Geslacht	_____ M / V
Leeftijd	_____		
Postcode	_____	Woonplaats	_____
Straat	_____	Huisnummer	_____
Telefoon privé	_____		
E-mailadres	_____		
Huisarts	_____		

Gezondheid

1. Hoe schat u uw gezondheid in	slecht	0
	matig	0
	normaal	0
	goed	0

Familiegegevens

		JA	NEE
2. Komen of kwamen in uw naaste familie (ouders, broers, zusters) ernstige aandoeningen voor zoals:	hartaanval	0	0
	hoge bloeddruk	0	0
	hersenvloeding	0	0
	suikerziekte	0	0
	andere	0	0

Algemene gegevens

		JA	NEE
3. Heeft u nu klachten over uw gezondheid?		0	0
4. Bent u nu onder behandeling van	huisarts	0	0
	specialist	0	0
5. Heeft u ooit langer dan 4 weken niet kunnen werken, sporten of studeren wegens een	ongeval	0	0
	ziekte	0	0
	blessure	0	0
	operatie	0	0
6. Bent u wel eens op medische gronden afgekeurd?		0	0
7. Gebruikt u nu medicijnen wegens	hoge bloeddruk	0	0
	hartaandoening	0	0
	longaandoening	0	0
	nieraandoening	0	0
	maagaandoening	0	0
	darmaandoening	0	0
	gewrichtsziekten	0	0
	suikerziekte	0	0
	bloedverdunding	0	0
	andere	0	0

Zo ja, welke?

Huidige klachten

		JA	NEE
8. Heeft u wel eens last van	hartkloppingen	0	0
	onregelmatige hartslag	0	0
	overslaan van het hart	0	0
9. Zijn uw voeten 's avonds regelmatig gezwollen?		0	0
10. Heeft u regelmatig bloedneuzen?		0	0
11. Heeft u regelmatig hoofdpijn?		0	0
12. Bent u regelmatig duizelig?		0	0
13. Heeft u moeite uw evenwicht te bewaren?		0	0
14. Bent u wel eens buiten bewustzijn geweest?		0	0
15. Heeft u wel eens last van slaapstoornissen?		0	0
16. Bent u vaak verkouden?		0	0
17. Hoest u veel?		0	0
18. Heeft u in rust last van	kortademigheid	0	0
	piepen op de borst	0	0
	benauwdheid	0	0
19. Heeft u regelmatig maagklachten?		0	0
20. Is uw gehoor verminderd?		0	0
21. Is uw gezichtsvermogen beperkt?		0	0
22. Heeft u last van langdurige moeheidsklachten?		0	0

		JA	NEE
23. Heeft u één van de volgende aandoeningen (gehad)?			
	hartaanval (infarct)	0	0
	pijn op de borst (angina)	0	0
	hartklep-aandoening	0	0
	verhoogde bloeddruk	0	0
	andere hart of vaat afwijkingen	0	0
	hersenvloeding	0	0
	acuut rheuma of jicht	0	0
	suikerziekte	0	0
	schildklierafwijkingen	0	0
	lever- of galafwijkingen	0	0
	astma	0	0
	bronchitis of hooikoorts	0	0
	overgevoeligheid (allergie)	0	0
	Zo ja, waarvoor?		
24. Heeft u minder dan 4 weken geleden een ziekte met koorts gehad door			
	verkoudheid of griep	0	0
	keelontsteking	0	0
	voorhoofdsholte ontsteking	0	0
	klierontsteking	0	0
	Andere nl.....		
25. Heeft u wel eens een operatie ondergaan?		0	0
	Zo ja, welke operatie(s) en wanneer.....		
		
		
26. Heeft u een klacht of aandoening die niet genoemd is?		0	0
	Zo ja, welke?.....		
		
		

Levensstijl

		JA	NEE
27. Rookt u regelmatig	sigaretten?	0	0
	sigaren?	0	0
28. Rookt u	minder dan 10 sigaretten per dag?	0	
	tussen de 10-20 sigaretten per dag?	0	
	meer dan 20 sigaretten per dag?	0	
29. Gebruikt u regelmatig alcoholhoudende dranken?		0	0
30. Bent u het laatste jaar meer dan 5 kg zwaarder geworden?		0	0
31. Bent u het laatste jaar meer dan 5 kg afgevallen?		0	0
32. Volgt u een bepaald dieet?		0	0
	Zo ja, wat voor een dieet?.....		
33. Bent u regelmatig lichamenlijk actief	nooit	0	
	1x per week	0	
	2x per week	0	
	3x of meer per week	0	

		JA	NEE
34. Wanneer u lichamelijk actief bent, duurt dat dan gewoonlijk			
	minder dan een half uur	0	
	ongeveer 1 uur per training	0	
	meer dan 1,5 uur per training	0	
35. Hoe schat u uw conditie in	slecht	0	
	matig	0	
	gemiddeld	0	
	goed	0	
	zeer goed	0	

Sport achtergrond

		JA	NEE
36. Doet u aan sport?		0	0
	Zo ja, welke sport(en).....		
		
		
37. Sport u op	wedstrijdniveau	0	0
	recreatiefniveau	0	0
38. Doet u een warming-up voor de wedstrijd of training?		0	0
	Zo ja, hoe lang?min.		
39. Doet u een cooling-down na de wedstrijd of training?		0	0
	Zo ja, hoe lang?min.		

Klachten bij sportbeoefening

		JA	NEE
40. Wordt u kortademig bij lichte inspanning?		0	0
41. Krijgt u bij inspanning pijn op de borst?		0	0
42. Heeft u regelmatig last van spierproblemen?		0	0
	Zo ja, welke.....		
43. Heeft u regelmatig last van peesproblemen?		0	0
	Zo ja, welke.....		
44. Heeft u regelmatig last van pijn, stijfheid, zwelling of een instabiel gevoel in uw gewrichten?		0	0
	Zo ja, welke.....		
45. Heeft u regelmatig nekklachten?		0	0
	Zo ja, wordt u daarvoor behandeld?	0	0
46. Heeft u regelmatig last van uw rug?		0	0
	Zo ja, wordt u daarvoor behandeld?	0	0
47. Heeft u regelmatig last van uitstralende pijn?	in de armen	0	0
	in de benen	0	0
48. Heeft u nog andere klachten ?		0	0
	Zo ja, welke.....		
		
		

Hierbij verklaar ik er geen bezwaar tegen te hebben dat het begeleidingsteam van TRAININGSCENTRUM BLEEKVELD ter informatie (wanneer daar een medische indicatie voor bestaat) contact opneemt met de huisarts of bedrijfsarts.

Verder verklaar ik volledig op de hoogte te zijn van de inhoud van het test- en trainingsprogramma en op vrijwillige basis en onder geheel eigen verantwoordelijkheid aan het programma deel te nemen.

DATUM: **HANDTEKENING:**