# VRAGENLIJST BIJ HERHALINGSONDERZOEK

Naam en voorletters: Geb. datum

Burgerservicenummer:

Adres:

Postcode en woonplaats:

E-mailadres:

Huisarts:

SPORTBEOEFENING: 1. x per week afstand of duur:

(soort sport)

 2. x per week afstand of duur:

 3. x per week afstand of duur:

 4. x per week afstand of duur:

Sinds de vorige keuring heb ik last (gehad) van :

Flauwvallen J/N

Kortademigheid J/N

Druk of pijn op de borst J/N

Hartkloppingen J/N

Andere gezondheidsklachten J/N

Blessures J/N

Ik rook gemiddeld per dag

Ik gebruik gemiddeld glazen alcoholische drank per dag

Ik gebruik de volgende medicijnen:

Opmerkingen arts

Naar waarheid ingevuld door

Naam Datum

Handtekening



## Algemeen

Huid

Ogen

Oren

Mond/keel/hals

Longen

Hart

Buik

Bloedvaten

neurologisch

**Bewegingsapparaat** **R** **L**

CWK

TWK

LWK

SI

Schouder

Bovenarm/elleboog

Onderarm/pols

Hand

Heup

Dijbeen

Knie

Onderbeen

Enkel

Voet

Spieren

Aantekeningen