#

# ANAMNESE FORMULIER EERSTE KEURING

S.V.P. duidelijk schrijven en doorstrepen wat niet van toepassing is

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam en voorletters………………………………………………………………………… Man / Vrouw

Burgerservicenummer……………………….…………… Roepnaam………………………………………..

Geboorte datum…………………………………… ……… Tel.nr………………………………………………

Adres……………………………………………………….. Postcode en Woonplaats………………………

E-mail-adres………………………………………………………………………………………………………..

Datum keuring…………………………………………….. Beroep/opleiding.………………………………..

Huisarts…………………………………………………….. Adres……………………………………………...

Vindt u het goed dat uw huisarts een bericht over de keuring krijgt (indien van toepassing)? J/N

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SPORTBEOEFENING**

Soort sport hoe lang al aantal malen afstand of duur per training/wedstrijd

1……………………………….. sinds…………jaar …….x per week ………………………..

2……………………………….. sinds…………jaar …….x per week ………………………..

3……………………………….. sinds…………jaar …….x per week ………………………..

4……………………………….. sinds…………jaar …….x per week ………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Speciale voedingsgewoonten? J/N

………………………………………………………………………………

Speciale voedingsgewoonten i.v.m. de sportbeoefening? J/N

……………………………………………….

Wilt u iets vragen over de voeding J/N

………………………………………………………………………….

Gebruikt u geregeld geneesmiddelen J/N

Zo ja, welke? …………………………………………………………….

Gebruikt u voedingssupplementen J/N

Zo ja, welke? …………………………………………………………...



Bent u onder behandeling (geweest) van een medisch specialist? J/N ………………………….

Bent u ooit langdurig en/of ernstig ziek geweest? J/N ……………………………………………..

Bent u ooit geopereerd? J/N …………………………………………………………….

Heeft u een ongeval gehad, waarvan u nu nog gevolgen ondervindt? J/N ……………………...

Heeft u wel eens langdurige periode van niet fit zijn doorgemaakt? J/N …………………………

Voelt u zich de laatste tijd gezond? J/N …………………………………………………………….

Slaapt u doorgaans goed? J/N …………………………………………………………….

Heeft u vaak last van hoofdpijn? J/N …………………………………………………………….

Ziet u goed met beide ogen? J/N …………………………………………………………….

Hoort u goed met beide oren? J/N …………………………………………………………….

Heeft u last van duizeligheid? J/N …………………………………………………………….

Bent u wel eens flauw gevallen? J/N …………………………………………………………….

Bent u vaak of langdurig verkouden? J/N ……………………………………………………

Heeft u last van uw tanden of tandvlees? J/N ……………………………………………………

**Heeft u last van een van de volgende klachten:**

Kortademigheid J/N ……………………………………………………………………

Piepende ademhaling J/N ……………………………………………………………………

Hoesten J/N ……………………………………………………………………

Slijm opgeven J/N ……………………………………………………………………

Astma J/N ……………………………………………………………………

Bronchitis J/N ……………………………………………………………………

Allergie J/N ……………………………………………………………………

Hooikoorts J/N ……………………………………………………………………

**Heeft u (wel eens) last gehad van een van de volgende klachten:**

Pijn of druk op de borst J/N ……………………………………………………………………

Overslaan van het hart J/N ……………………………………………………………………

Hartkloppingen J/N ……………………………………………………………………

Onwel worden tijdens of na inspanning J/N ……………………………………………

Heeft u klachten van de maag of de buik? J/N ……………………………………………

Heeft u problemen met uw gewicht (gehad)? J/N ……………………………………………

Heeft u klachten over de ontlasting? J/N ……………………………………………

Heeft u wel eens klachten van de nieren gehad? J/N ……………………………………………

Heeft u problemen bij het plassen? J/N ……………………………………………

Heeft u klachten (gehad) van uw huid? J/N ……………………………………………

Heeft u plaatselijk ongevoelige plekken? J/N ……………………………………………

Rookt U? J/N ………………………………………………………………………………………….

Zo ja, hoeveel…………………………………………………………………………………………

Gebruikt u regelmatig alcoholische dranken? J/N ………………………………………………..

Zo ja, hoeveel glazen gemiddeld per dag……………………………………………………………

Bent u in het laatste jaar door een fysiotherapeut behandeld? J/N …………………………….



**Heeft u wel eens een noemenswaardige blessure gehad van een van de volgende lichaamsdelen:**

Hoofd J/N ……………………………………………………………………………

Nek/hals J/N ……………………………………………………………………………

Rug J/N ……………………………………………………………………………

Schouder J/N ……………………………………………………………………………

Bovenarm J/N ……………………………………………………………………………

Elleboog J/N ……………………………………………………………………………

Pols J/N ……………………………………………………………………………

Hand J/N ……………………………………………………………………………

Heup J/N ……………………………………………………………………………

Lies J/N ……………………………………………………………………………

Dijbeen J/N ……………………………………………………………………………

Knie J/N ……………………………………………………………………………

Onderbeen J/N ……………………………………………………………………………

Enkel J/N ……………………………………………………………………………

Voet J/N ……………………………………………………………………………

**Komen er in uw familie een van de volgende ziektes of aandoeningen voor:**

Hartziekten J/N ……………………………………………………………………………

Astma J/N ……………………………………………………………………………

Bronchitis J/N ……………………………………………………………………………

Vallende ziekte J/N ……………………………………………………………………………

Beroerte J/N ……………………………………………………………………………

Tbc J/N ……………………………………………………………………………

Plotseling overlijden op jonge leeftijd J/N …………………………………………………..

Een hier niet genoemde erfelijke ziekte J/N …………………………………………………..

**Voor vrouwen:**

Op welke leeftijd trad uw eerste menstruatie op? …………………………………………………

Is uw menstruatie altijd regelmatig? J/N …………………………………………………..

Heeft u klachten van de menstruatie? J/N …………………………………………………..

Worden uw sportprestaties beïnvloed door de menstruatiecyclus? J/N ………………………...

**Naar waarheid ingevuld door:**

Naam……………………………………………… Datum…………………………..

Handtekening……………………………………………………………………………….