



## 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.....