#

# ANAMNESE FORMULIER INSPANNINGSTEST

S.V.P. duidelijk schrijven en doorstrepen wat niet de bedoeling is

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

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

Datum keuring……………………………….Geboorte datum………………Roepnaam…………………….

Straat………………………………………….Postcode en Woonplaats……………………………………….

Tel.nr………………………………………….E-mailadres………………………………………………………

Burgerservicenummer…………………………………Beroep/opleiding………………………………………

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

Vindt u het goed dat uw huisarts een (kopie van het) verslag van de test krijgt ? 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 ………………………..

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

Gebruikt u geregeld geneesmiddelen, welke? J/N …………………………………………………………….

Rookt U? J/N …………………………………………………

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

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

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

Gebruikt u drugs? J/ N



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

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

Heeft u last van een van de volgende klachten:

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

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

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

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

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 …………………………………………………….

Bent u bekend met:

Verhoogde bloeddruk? J/N......................................................................

Suikerziekte? J/N

Verhoogd cholesterol ? J/N

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

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

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

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

Naar waarheid ingevuld door

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

Handtekening……………………………………………………………………………………