



SMA Midden-Rivierengebied
Poli sportgeneeskunde
Beatrixziekenhuis
Banneweg 57
4204 AA Gorinchem

Poli 0-Oost
Tel.: (0183) 62 66 00
Fax: (0183) 64 43 00
sportgeneeskunde@rivas.nl

Preventief sportmedisch onderzoek (sportkeuring)

Datum: _____ Telefoon overdag: _____

Beroep: _____

Reden of aanleiding voor dit onderzoek: _____

Sportbeoefening

Bent u wedstrijdsporter/ recreatiesporter

| Soort sport | Hoe lang al | Aantal malen | Duur per keer |
|-------------|------------------|--------------|---------------|
| a. _____ | Sinds _____ jaar | _____ x/week | _____ |
| b. _____ | Sinds _____ jaar | _____ x/week | _____ |
| c. _____ | Sinds _____ jaar | _____ x/week | _____ |
| d. _____ | Sinds _____ jaar | _____ x/week | _____ |

Algemene vragen

1. Heeft u speciale voedingsgewoonten? Ja Nee
2. Wilt u iets vragen over voeding? Ja Nee
3. Bent u onder behandeling (geweest) van een medisch specialist? Ja Nee
4. Bent u ooit langdurig en/ of ernstig ziek geweest? Ja Nee
5. Bent u ooit geopereerd? Ja Nee
6. Heeft u ooit een ongeval gehad, waar u nu nog gevolgen van ondervindt? Ja Nee
7. Voelt u zich de laatste tijd gezond? Ja Nee
8. Slaapt u doorgaans goed? Ja Nee
9. Heeft u problemen met het lichaamsgewicht? Ja Nee
10. Heeft u klachten van maag, darm of buik? Ja Nee
11. Heeft u klachten van nieren of urinewegen? Ja Nee
12. Heeft u klachten van de huid? Ja Nee
13. Heeft u vaak last van hoofdpijn? Ja Nee
14. Ziet u goed met beide ogen? Ja Nee
15. Hoort u goed met beide oren? Ja Nee
16. Heeft u last van gebit of tandvlees? Ja Nee
17. Bent u bekend met een allergie? Ja Nee
18. Heeft u wel eens druk of pijn op de borst tijdens of na de inspanning? Ja Nee
19. Heeft u wel eens problemen met de ademhaling of hoesten tijdens of na de inspanning? Ja Nee
20. Bent u in het verleden behandeld of opgenomen voor astma? Ja Nee
21. Bemerkt u wel eens een extreme vermoeidheid die niet past bij een normaal inspanningsniveau? Ja Nee
22. Heeft u wel eens bemerkt dat uw hart op hol sloeg of dat het hart slagen oversloeg? Ja Nee
23. Heeft u of bent u ooit behandeld voor hartritmestoornissen? Ja Nee

24. Bent u wel eens duizelig geworden of flauwgevallen tijdens inspanning? Ja Nee
25. Bent u wel eens bewusteloos geraakt tijdens of direct na inspanning? Ja Nee
26. Heeft u in het verleden wel eens een aanval van epilepsie gehad? Ja Nee
27. Heeft u een hartruis? Ja Nee
28. Is er in het verleden wel eens tegen u gezegd dat u moest stoppen met sport in verband met een hartziekte? Ja Nee
29. Is er bij u nog een ander hartprobleem bekend? Ja Nee
30. Heeft u een lange periode van koorts, griep of een ernstige virus infectie gehad(myocarditis, Pfeiffer)? Ja Nee
31. Heeft u vroeger acuut reuma gehad? Ja Nee
32. Rookt u of heeft u gerookt? Zo ja, hoeveel per dag: _____ Ja Nee
33. Gebruikt u regelmatig alcohol? Zo ja, hoeveel per dag: _____ Ja Nee
34. Heeft u of wordt u behandeld voor een hoge bloeddruk? Ja Nee
35. Heeft u of wordt u behandeld voor een hoog cholesterol? Ja Nee
36. Heeft u of wordt u behandeld voor suikerziekte? Ja Nee
37. Heeft u nu medicijnen? Ja Nee

Familie anamnese *)onder familie worden naaste familieleden bedoeld, maar ook (achter)neven en (achter)nichten

- | A. Is er bij u in de familie* iemand, | | 0-50 jr | 50-75 jr | >75jr |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. plots en onverwacht overleden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. tijdens het zwemmen onverklaard verdronken? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. met een onverklaard ongeluk in het verkeer? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. met een hoge bloeddruk? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. die behandeld wordt voor hartklachten? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. met een hartinfarct of 'pijn op de borst'? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. die gedotterd is? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. die aan het hart (hartkleppen of bypass) geopereerd is? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. behandeld voor regelmatig flauwvallen of duizeligheid? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. behandeld wordt voor een onregelmatige hartslag? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. die een pacemaker of een defibrillator heeft? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. met onverklaarde trekkingen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. die een hartspierziekte heeft? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. geopereerd voor een aangeboren hartafwijking? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. die een harttransplantatie heeft of zal krijgen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Is er in de familie iemand overleden aan wiegendood? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Komt er bij u in de familie iemand met het syndroom van Marfan voor? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Blessures

Heeft u ooit een noemenswaardige blessure gehad van één van de volgende lichaamsdelen?

- | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hoofd | <input type="checkbox"/> Nek | <input type="checkbox"/> Rug | <input type="checkbox"/> Schouder | <input type="checkbox"/> Elleboog | <input type="checkbox"/> Pols |
| <input type="checkbox"/> Hand | <input type="checkbox"/> Heup | <input type="checkbox"/> Lies | <input type="checkbox"/> Bovenbeen | <input type="checkbox"/> Knie | <input type="checkbox"/> Onderbeen |
| <input type="checkbox"/> Enkel | <input type="checkbox"/> Voet | | | | |

Bent u het laatste jaar nog bij een fysiotherapeut geweest?

Datum: _____ Plaats: _____ Handtekening: _____