



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: \_\_\_\_\_