

U heeft een afspraak voor een onderzoek en/of test bij SMA Midden Nederland. Om u zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn, vragen we u deze vragenlijst vooraf in te vullen en naar ons op te sturen.

U kunt dit formulier in Adobe Reader* op uw computer invullen, opslaan en versturen naar info@sportarts.org.

Als dit voor u niet mogelijk is, kunt u het formulier ook afdrukken, met de hand invullen en opsturen naar: SMA Midden Nederland, Softwareweg 7, 3821 BN Amersfoort.

Wij danken u voor uw medewerking.

Algemene vragen

Personalia			
Voornaam:			Achternaam:
Geboortedatum:	man <input type="checkbox"/>	vrouw <input type="checkbox"/>	Burger Service Nummer (BSN):
Straat:			Huisnr:
Postcode:			Woonplaats:
Telefoon:			Telefoon mobiel:
E-mailadres:			
Indien minderjarig			
Naam ouder / verzorger:			E-mail ouder / verzorger
Zorgverzekeraar:			
Huisarts:			Woonplaats:
Verwijzer:			Woonplaats:
Waaruit bestaan uw dagelijkse bezigheden?			

* U kunt Adobe Reader gratis downloaden op <http://get.adobe.com/> of uit de AppStore van uw tablet.

Medische voorgeschiedenis

Huidige gezondheid		Ja	Nee	Toelichting
Hebt u op dit moment klachten wat betreft de gezondheid of blessures waardoor u gehinderd wordt bij het sporten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bent u op dit moment onder behandeling van huisarts, fysiotherapeut of specialist?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bent u de laatste 4 weken verkouden of ziek geweest?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gebruik hulpmiddelen		Ja	Nee	
Gebruikt u protheses of andere hulpmiddelen ter ondersteuning van houding of beweging?*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zo ja:	Hulpmiddel	Reden gebruik		Resultaat
1.				
2.				
3.				
*b.v. een brace, zooltjes, compressiekousen, etc.				
Specialistische medische hulp		Ja	Nee	
Bent u wel eens door een medisch specialist behandeld (zowel poliklinisch, via de eerste hulp van een ziekenhuis als tijdens een ziekenhuisopname)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zo ja:	Aandoening	Behandeling	Wanneer	Resultaat (hersteld?)
1.				
2.				
3.				

Medicijnen, voeding en schadelijke stoffen

Medicijnen		Ja	Nee	
Gebruikt u medicijnen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zo ja:	Medicijn	Reden gebruik		Dosering
1.				
2.				
3.				
Vitaminepreparaten en voedingssupplementen		Ja	Nee	
Gebruikt u vitaminepreparaten of voedingssupplementen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zo ja:	Preparaat	Reden gebruik		Dosering
1.				
2.				
3.				
Dieet		Ja	Nee	Toelichting
Gebruikt u een speciaal dieet? (b.v. vegetarisch)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Roken	Ja	Nee	
Rookt u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Zo ja: wat rookt u?			
- Zo ja: hoeveel rookt u			Per week
- Zo ja: sinds welke leeftijd rookt u			
Heeft u gerookt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Zo ja: vanaf wanneer tot wanneer?	gestart	gestopt	
Alcohol	Ja	Nee	
Gebruikt u wel eens alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zo ja: hoeveel alcoholische consumpties gebruikt u?			Per week

Vragen voor vrouwen

Vragen voor vrouwen	Ja	Nee	Toelichting
Menstrueert u (nog)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zo ja: Heeft u een regelmatig menstruatiecycclus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gebruikt u een anticonceptiepil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Gezondheidsklachten

Klachten van luchtwegen en longen	Ja	Nee	Toelichting
Heeft u astma of bronchitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u ooit last gehad van hoesten, kortademigheid of andere ademhalingsstoornissen tijdens of na inspanning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u ooit last gehad van hoesten, kortademigheid of andere ademhalingsstoornissen bij kou of vochtig weer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gebruikt u of heeft u in het verleden inhalatiemedicatie ('pufjes') gebruikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u een allergie (bijvoorbeeld tegen pollen, medicatie, voedingsmiddelen of insecten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u ooit een pneumothorax ('klaplong') gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u weleens last van oorpijn, voorhoofdsholte- of bijholteontstekingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologische klachten	Ja	Nee	Toelichting
Heeft u last van hoofdpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u last van duizeligheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u problemen met zien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u problemen met horen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u tintelingen en/of krachtsverlies in armen of benen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u ooit een epileptische aanval gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Klachten van maag, darmen en urinewegen	Ja	Nee	Toelichting
Heeft u een gestoorde eetlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u last van maagpijn, zuurbranden of opboeren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u last van verstopping of diarree?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Is uw gewicht de laatste 2 jaar veranderd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u klachten van nieren of urinewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u last van incontinentie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klachten van spieren, pezen en gewrichten	Ja	Nee	Toelichting
Nek/schouders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ellebogen/polsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heupen/knieën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enkels/voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Overige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klachten van de huid	Ja	Nee	Toelichting
Heeft u vaak last van huidaandoeningen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Persoonlijke hart- en vaataandoeningen	JA	NEE
Heeft u wel eens druk of pijn op de borst tijdens of na de inspanning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens problemen met de ademhaling of hoesten tijdens of na de inspanning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u in het verleden behandeld of opgenomen voor astma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkt u wel eens een extreme vermoeidheid die niet past bij een normaal inspanningsniveau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens bemerkt dat uw hart op hol sloeg of dat het hart slagen oversloeg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u of bent u ooit behandeld voor hartritmestoornissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u wel eens duizelig geworden of flauwgevallen tijdens inspanning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u wel eens bewusteloos geraakt tijdens of direct na inspanning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u in het verleden wel eens een aanval van epilepsie gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een hartruis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er in het verleden wel eens tegen u gezegd dat u moest stoppen met sport in verband met een hartziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u nog een ander hartprobleem bekend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een lange periode van koorts, griep of een ernstige virus infectie gehad (myocarditis, Pfeiffer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u vroeger acuut reuma gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u of wordt u behandeld voor een hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u of wordt u behandeld voor een hoog cholesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u of wordt u behandeld voor suikerziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hart- en vaataandoeningen binnen de familie * *onder familie worden naaste bloedverwant bedoeld, maar ook (achter)neven en (achter)nichten	JA	NEE	0-50 jaar	50-75 jaar	> 75 jaar
Is er bij u in de familie* iemand					
- plots en onverwacht overleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tijdens het zwemmen onverklaard verdronken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- met een onverklaard ongeluk in het verkeer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- met een hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die behandeld wordt voor hartklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- met een hartinfarct of 'pijn op de borst'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die gedotterd is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die aan het hart (hartkleppen of bypass) geopereerd is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- behandeld voor regelmatig flauwvallen of duizeligheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die behandeld wordt voor een onregelmatige hartslag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die een pacemaker of een defibrillator heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- met onverklaarde trekkingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die een hartspierziekte heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- geopereerd voor een aangeboren hartafwijking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die een harttransplantatie heeft of zal krijgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er in de familie iemand overleden aan wiegendood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komt er bij u in de familie iemand met het syndroom van Marfan voor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft u nog iets op te merken ten aanzien van uw gezondheid of uw activiteiten wat voor dit medisch onderzoek van belang zou kunnen zijn?

Heeft u er bezwaar tegen als er verslag wordt gedaan van relevante bevindingen aan de verwijzer/huisarts/ fysiotherapeut of medisch specialist?

Ja / Nee

Naam:

Datum:

Handtekening:

(niet nodig bij digitale inzending)

Werkt niet op Android of iOS. Wordt daar opgeslagen bij afsluiten.

Werkt niet op Android of iOS. Kies daar "afdrukken" uit het Reader menu

Kies indien gevraagd voor "origineel document"