



Naam

Geboortedatum

Adres

### Vragenlijst

#### Algemeen

Hebt u op dit moment klachten over uw gezondheid?	
Bent u ooit onder controle/behandeling van een specialist geweest?	
Bent u ooit geopereerd?	
Gebruikt u medicijnen?	

#### Klachten

Is er bij u ooit een hartafwijking vastgesteld?	
Bent u ooit behandeld/geopereerd voor harten vaatziekten?	
Is er in uw familie ooit iemand voor zijn 35e plotseling overleden?	
Is er iemand in uw familie, jonger dan 35 jaar, met een pacemaker?	
Hebt u tijdens inspanningen wel eens pijn op de borst die verdwijnt als u stopt?	
Hebt u vaak last van hartkloppingen?	
Hebt u ooit bewusteloos geweest?	
Is er bij u ooit hoge bloeddruk vastgesteld?	
Hebt u hooikoorts?	
Bent u vaak verkouden?	

Hebt u astma, bronchitis of een andere aandoening aan de luchtwegen?	
Bent u snel kortademig of hoest u vaak?	
Is uw eetlust goed?	
Hebt u vaak last van braken of zuurbranden?	
Hebt u vaak last van diarree of verstoppingen?	
Hebt u suikerziekte?	
Hebt u vaak last van nekpijn, rugpijn, schouder, elleboog, handen, heup, knieën of voeten?	
Hebt u vaak last van blessures?	
Is er bij u ooit een afwijking van het zenuwstelsel vastgesteld?	
Hebt u ooit last van duizeligheid of evenwichtsstoornissen gehad?	
Hebt u ooit psychische problemen gehad waarvoor u behandeld bent?	
Hebt u ooit nierproblemen gehad?	
Hebt u een verminderd gezichtsvermogen?	
Draagt u een bril of lenzen?	
Hebt u gehoorsvermindering of draagt u een gehoorapparaat?	
Gebruikt u drugs, doping of overmatig alcohol?	
Hebt u andere (nog niet genoemde) ziekte, afwijking of aandoening waardoor u sommige sporten niet kunt beoefenen?	

Datum:

Handtekening: