

PERSONALIA

Naam en voorletters : _____ Licentie categorie: _____
 Straat : _____ club: _____
 Postcode en woonplaats : _____
 Geboortedatum : _____
 Telefoon : privé: _____ werk: _____
 Huisarts : _____
 Evt. begeleidende sportarts : _____
 Aantal kilometers per jaar : _____
 Aantal trainingsuren per week : _____
 Aantal wedstrijden per week : _____
 Prestaties afgelopen seizoen : goed/matig/slecht

VRAGENLIJST (MEDISCH GEHEIM)

Algemeen

- | | JA | NEE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Heeft u op dit moment klachten over uw gezondheid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bent u ooit afgekeurd of voorbehouden goed- of afgekeurd voor een KNWU-licentie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bent u ooit geopereerd? Zo ja, waaraan, wanneer en waar? _____ | | |
| 4. Gebruikt u medicijnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Zo ja, welke? _____ | | |

Hart- en vaatziekten

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6. Heeft u ooit een operatie ondergaan aan het hart of aan uw aorta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Is er bij u ooit een hartafwijking vastgesteld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Bent u ooit behandeld voor hart- en vaatziekten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Gebruikt u medicijnen voor hart- en vaatziekten? Zo ja, welke? _____ | | |
| 10. Is er in uw familie ooit iemand voor zijn 35 ^e plotseling overleden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Is er iemand in uw familie, jonger dan 35 jaar, met een pacemaker? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Heeft u tijdens inspanning wel eens pijn op de borst die verdwijnt als u stopt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Heeft u wel eens last van hartkloppingen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Heeft u weleens last van duizeligheid of bewusteloosheid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Is er bij u ooit hoge bloeddruk vastgesteld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

KNO en luchtwegziekten

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 16. Bent u snel kortademig of hoest u vaak? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Heeft u hooikoorts, astma, bronchitis of een andere aandoening aan de luchtwegen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Bent u vaak verkouden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Maag en darm & stofwisseling

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 19. Is uw eetlust goed? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Heeft u ooit last van maag of darmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Heeft u ooit last van braken, zuurbranden, diarree, verstoppingen, vermageren of dik worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Heeft u suikerziekte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Allergie & Immunologie

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 23. Heeft u een allergie? Zo ja, waarvoor? _____ | | |
| 24. Bent u vaak ziek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Houdings en bewegingsapparaat

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 25. Heeft u wel eens last van nekpijn, rugpijn, schouder, elleboog, handen, heup, knieën of voeten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Heeft u vaak blessures? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zenuwstelsel

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 27. Heeft u ooit psychische problemen gehad waarvoor u behandeld bent? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Is er bij u ooit een afwijking van het zenuwstelsel vastgesteld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Heeft u ooit last van duizeligheid, toevallen (epilepsie) of evenwicht-stoornissen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Urologisch

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 30. Heeft u wel eens last van nieren of urinewegen, pijn bij urineren of urineverlies? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

Zintuigen

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 31. Heeft u een verminderd gezichtsvermogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Draagt u een bril of lenzen tijdens de training of wedstrijden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Heeft u gehoorsvermindering of draagt u een gehoorapparaat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Overigen

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 34. Gebruikt u wel eens tabak, drugs, doping of overmatig alcohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Heeft u een andere (nog niet genoemde) ziekte, afwijking of aandoening waardoor u sommige sporten niet kunt beoefenen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum _____ Handtekening _____
 Ouder of opvoeder indien jonger dan 18 jaar