

### 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 <sup>e</sup> 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