

Vragenlijst medische keuring

Graag voorzijde thuis invullen

Reden keuring					
Sport (en)					
Totaal aantal uren sport per week	0-3	3-6	6-10	>10	
Totaal aantal jaren sport	1-2	2-4	4-6	> 6	
Invullen Patiënt				ja	nee
Bent u ooit geopereerd? Zo ja, waaraan, wanneer en waar? - -				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens een blessure gehad aan het bewegingsapparaat waardoor u niet in staat was te sporten? Zo ja welke? - - - -				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rookt u?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke - - - -				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u andere (nog niet genoemde) ziekten, afwijkingen of aandoeningen? Zo ja, welke en kunt u daardoor sommige sporten niet uitoefenen? - - - -				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u ooit afgekeurd of voorbehouden goed- of afgekeurd bij een keuring?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiäre vragenlijst (naaste familieleden: vader, moeder, broers, zussen, ooms, tantes, opa's en oma's)				ja	nee
Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar plots en onverwacht overleden? - indien ja, wie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar behandeld voor regelmatig flauwvallen? - indien ja, wie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar met onverklaarde trekkingen? - indien ja, wie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar tijdens het zwemmen onverklaard verdrongen? - indien ja, wie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar onverklaard verongelukt in het verkeer? - indien ja, wie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar met een harttransplantatie? - indien ja, wie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar met een pacemaker of ICD (inwendige defibrillator) implantatie? Indien ja, wie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar behandeld voor een onregelmatige hartslag - indien ja, wie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar aan het hart geopereerd? - indien ja, wie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand overleden aan wiegendood? - indien ja, wie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand met het syndroom van Marfan of een H(O)CM (hypertrofische cardiomyopathie)? - indien ja, wie? Is hier genetisch onderzoek naar verricht?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Invullen Arts	ja	nee
Is er anamnestic sprake van relevante cardiale afwijkingen? (Collaps, Duizeligheid, Palpitaties, POB, HT, HC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er anamnestic sprake van relevante pulmonale afwijkingen? (Hoesten bij inspanning, Piepen, Inspanningsgebonden dyspnoe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er sprake van een relevante positieve familie anamnese voor coronairlijden? (Eerste graads of meerdere tweede en derde graads familieleden; vrouwen < 65 jaar, mannen < 55 jaar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er sprake van een relevante positieve familie anamnese voor een plotselinge hartdood? (Eerste graads of meerdere tweede en derde graads familieleden; < 50 jaar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ondertekening patiënt

Datum ____ / ____ / ____

Handtekening _____