|  |
| --- |
| **Vragenlijst belasting-herstel**  |

|  |
| --- |
| **Beste cliënt,****Ik verzoek je de vragenlijst zo compleet mogelijk digitaal in te vullen en per mail op te sturen naar** **kasperjanssen@desportarts.nl** **Het invullen van de vragenlijst neemt ca. 30 minuten in beslag.**  |

1. **VRAGENLIJST ALGEMENE INFORMATIE**

|  |
| --- |
| **Persoonlijke gegevens** |
| Naam |  | ☐ | man |
| ☐ | vrouw |
| Burgerlijke staat | ☐ | alleenstaand  | ☐ | gehuwd | ☐ | samenwonend |
| Kinderen |  |  |  |  |  |  |
| **Huisarts** |
| Naam  |  |
| Plaats |  |

1. **VRAGENLIJST WERK EN BELASTING**

|  |  |
| --- | --- |
| **Werk** |  |
| Functie (geef een korte omschrijving) |  |
| Eerdere banen  |  |
| Welk deel van je werk geeft je het meeste plezier? |  |
| Welk deel van je werk kost je de meeste moeite? |  |

|  |
| --- |
| **Totale belasting (werk + prive)** |

Geef per dag chronologisch je dagschema aan, waarbij je kan kiezen uit onderstaande categorieën:

1. Werk

2. Huishouden/koken/verzorging, etc

3. Sport/beweging

4. School/studie/opleiding

5. Reistijd

6. TV kijken/smartphone/gamen/PC

7. Overige activiteiten (bv. sociaal, of intensieve hobby’s)

8. Rust en ontspanning

**Een voorbeeld**: 8 uur werken, 1 uur rust, 2 uur huishouden, ½ uur reizen, 1 ½ uur badminton, 1 uur ontspanning/lezen

 **Specifieke Weekplanning**

|  |
| --- |
| **Week schema (in uren) graag zo compleet mogelijk invullen** |
| **Dagindeling** |  |
| Maandag |  |
| Dinsdag  |  |
| Woensdag |  |
| Donderdag |  |
| Vrijdag |  |
| Zaterdag |  |
| Zondag |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Privé-Sociaal-Woon-situatie** | **Toelichting** |
| Situatie optimaalm.b.t.: woonsituatie - relatie – privé tijd? |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Overige belasting** | **Toelichting** |
| Hoeveel tijd besteed je per week aan andere verplichtingen (bv. Intensieve nevenfuncties)? | ☐ | uur / per week |   |
| Besteed je tijd aan arbeidsintensieve hobby’s? | ☐ | Ja, welke? ………… |
| ☐ | Nee |

|  |
| --- |
| **Totale gemiddelde belasting per week** |
| **Tel zelf op:**  |  |
| 1. Totaal werk |  | uur / per week |  |
| 2. Totaal huishouden |  | uur / per week |  |
| 3. Totaal sport/beweging |  | uur / per week |  |
| 4. Totaal school/studie/opleiding |  | uur / per week |  |
| 5. Reistijd |  | uur / per week |  |
| 6. TV kijken/smartphone/gamen/PC |  | uur / per week |  |
| 7. Overige activiteiten (bv. sociaal, of intensieve hobby’s) |  | uur / per week |  |
| 8. Rust en ontspanning |  | uur / per week |  |
| 9. (overig) ……………………………. |  | uur / per week |  |
| **Totaal algehele belasting** |  | **uur / per week** |  |

|  |
| --- |
| **Periodisering = belangrijkste drukke periodes van het jaar (zowel werk als privé)**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Doelstelling (wat wil je veranderen / graag anders doen)** |
| - komend jaar: |  |
| - lange termijn:  |   |

1. **VRAGENLIJST HERSTEL**

|  |
| --- |
| **Rust en Herstel maatregelen** |
|  | **JA** | **NEE** | **Toelichting** |
| Slaap je goed? | ☐ | ☐ | Uren per nacht: |   |
| Houd je regelmatig een powernap? | ☐ | ☐ |  |
| Maak je gebruik van fysiotherapie, manueel therapie, etc.? | ☐ | ☐ | Uren per week: |   |
| Maak je gebruik van massage? | ☐ | ☐ | Uren per week:  |   |
| Maak je gebruik van sauna of baden voor herstel? | ☐ | ☐ |  |
| Doe je altijd een goede (voor sporters): |
| - Warming up? | ☐ | ☐ | Hoe lang: |   |
| - Cooling down? | ☐ | ☐ | Hoe lang: |   |
| Welke herstelmaatregelen gebruik je op een werkdag?(bv drink je voldoende water, pauzeer je genoeg?) |
|  |
| Maak je nog gebruik van andere herstel maatregelen? | ☐ | ☐ | Zo ja welke? |   |
| Vind je dat je herstel in orde is? | ☐ | ☐ | Waarom?  |

 **4. VRAGENLIJST BALANS BELASTING - HERSTEL**

|  |
| --- |
| **Balans belasting en herstel** |
|  | **JA** | **NEE** | **Toelichting** |
| Is je werk-privé situatie in balans? | ☐ | ☐ | Zo nee, waarom niet? |  |
| Heb je voldoende Herstel tegenover belasting? | ☐ | ☐ |
| Heb je wel eens een overspannenheid / burn-out gehad? (langdurige vermoeidheid; prestatiedaling; gedrags-verandering) | ☐ | ☐ | Zo ja, Wanneer? |  |
| Hoelang? |  |

 **5. VRAGENLIJST STERKTE – ZWAKTE ANALYSE**

|  |
| --- |
| **Sterkte- zwakte analyse**  |
| Wat zijn je zwakke punten die je moet verbeteren in directe relatie met overbelasting? |  |
| Wat zijn je sterke punten die je helpen overbelasting te voorkomen? |  |
| Welke fouten heb je afgelopen jaar gemaakt qua belasting-herstel?  |  |

 **6. VRAGENLIJST VITALE FUNCTIES / INTERNE ORGANEN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Voorgeschiedenis** |  |
|  | **JA** | **NEE** | **Toelichting** |
| Ben je wel eens geopereerd aan organen? We bedoelen hier organen bv. amandelen, blinde darm, buik, nier, long, hart etc.  | ☐ | ☐ | Zo ja, wanneer:  |   |
| en waarvoor: |   |
| Zo ja, wanneer en waaraan geopereerd? | 1.  |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| Ben je wel eens in een ziekenhuis opgenomen geweest voor ziekte? | ☐ | ☐ | Zo ja, wanneer: |  |
| en waarvoor was dit? |  |
| Ben je te vaak (meerdere keren/jaar) ziek (griep) of niet fit, heb je te vaak klachten waardoor je je moet ziekmelden? | ☐ | ☐ |   |

|  |
| --- |
| **Hoofd-keel-neus-oor-gebit** |
|  | **JA** | **NEE** | **Toelichting** |
| Heb je regelmatig last van keel/neus/hoesten/verkoudheid/oren? | ☐ | ☐ |  |
| Kom je periodiek bij tandarts? | ☐ | ☐ |  |
| Wanneer was laatste keer? Bijzonderheden? |  |
| Draag je een bril of contactlenzen? | Zo ja, wat is de sterkte?  |   |
| **Longen** |
|  | **JA** | **NEE** | **Toelichting** |
| Heb je longklachten, astma? |  ☐ |  ☐ |  |
| Komt er astma/COPD voor in je familie? |  ☐ |  ☐ |  |

|  |
| --- |
| **Allergie**  |
|  | **JA** | **NEE** | **Toelichting** |
| Heb je last van een vorm van allergie (bijv. hooikoorts, voedingsallergie, contactallergie enz.)? |  ☐ |  ☐ | Welke:  |   |

|  |
| --- |
| **Vaccinatiestatus** |
|  | **JA** | **NEE** |  |
| Heb je een vaccinatieboekje? | ☐ | ☐ |  |
| Krijg je jaarlijks een griep injectie? | ☐ | ☐ |  |
| Ben je gevaccineerd tegen Corona? | ☐ | ☐ |  |

|  |
| --- |
| **Hart en vaatstelsel** |
|  | **JA** | **NEE** |
| Ben je in het verleden wel eens onder behandeling van een cardioloog geweest? | ☐ | ☐ |
| Heb je wel eens last van pijn op de borst of een onprettig gevoel op de borst? | ☐ | ☐ |
| Heb je wel eens last van duizeligheid of bijna duizeligheid? | ☐ | ☐ |
| Heb je wel eens last van onregelmatige hartslag? | ☐ | ☐ |
| Heb je bij inspanning last van kortademigheid of te moe zijn? | ☐ | ☐ |
| Is er bij jou in de familie (vader, moeder, broers, zusters, ooms, tantes, neven, nichten, grootouders) iemand jonger dan 55 jaar, die overleden is aan het hart of die hart-bloedvatklachten heeft? | ☐ | ☐ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Buik**  |  |
|  | **JA** | **NEE** | **Toelichting** |
| Heb je wel eens maagklachten? | ☐ | ☐ |  |
| Heb je wel eens darmklachten? | ☐ | ☐ |  |
| Heb je wel eens blaas / urineweginfecties? | ☐ | ☐ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VOOR VROUWEN - Menstruele cyclus** |  |
|  | **JA** | **NEE** | **Toelichting** |
| Gebruik je anticonceptie: pil, spiraal, of andere? | ☐ | ☐ | Zo ja welke:  |  |
| Indien cyclus en geen anticonceptie, is cyclus regelmatig? | ☐ | ☐ |   |
| Komen er stoornissen in de menstruatie voor? | ☐ | ☐ | Zo ja welke:  |  |
| Heb je overgangsklachten (gehad)? | ☐ | ☐ |  |

|  |
| --- |
| **Medicijngebruik**  |
|  | **JA** | **NEE** |  |
| Gebruik je geneesmiddelen?  | ☐  | Ja  | ☐ | Nee |
| Zo ja, welke? |  |
| **Naam medicijn** | **Dosering en datum start gebruik** | **TUE hiervoor aangevraagd?** |
| 1. |  | ☐ | Ja  | ☐ | Nee |
| 2. |  | ☐ | Ja | ☐ | Nee |
| 3. |  | ☐ | Ja | ☐ | Nee |
| 4. |  | ☐ | Ja | ☐ | Nee |
|  | **JA** | **NEE** |  |
| Gebruik je dopinggeduide middelen of drugs? | ☐ | ☐ | Zo ja, wat?  |   |
| **Intoxicaties**  |
|  | **JA** | **NEE** | **Toelichting** |
| Rook je? | ☐ | ☐ | Zo ja, wat?  |  |
| En hoeveel? |  |
| Gebruik je drank? | ☐ | ☐ | Zo ja, wat?  |  |
| En hoeveel? |  |
| Drink je koffie? | ☐ | ☐ | Zo ja, wat?  |  |
|  |  |  | En hoeveel? |  |
| Gebruik je drugs? | ☐ | ☐ | Zo ja, wat?  |  |
|  |  |  | En hoeveel? |  |
| **Zenuwstelsel** |  |
|  | **JA** | **NEE** | **Toelichting** |
| Heb je vaak last van hoofdpijn? | ☐ | ☐ |  |
| Heb je concentratiestoornissen? | ☐ | ☐ |  |
| Heb je moeite met je geheugen? | ☐ | ☐ |  |
| Heb je problemen met slapen? | ☐ | ☐ |  |
| **Familieanamnese** |  |
|  | **JA** | **NEE** | **Toelichting** |
| Leeft je vader nog? | ☐ | ☐ | Zo nee, doodsoorzaak:  |  |
| Zo ja, heeft hij gezondheidsproblemen?  | ☐ | ☐ | Welke:  |  |
| Leeft je moeder nog? | ☐ | ☐ | Zo nee, doodsoorzaak:  |  |
| Zo ja, heeft zij gezondheidsproblemen?  | ☐ | ☐ | Welke:  |  |
| Als je broer(s) hebt, zijn zij gezond? | ☐ | ☐ | Zo nee, reden:  |  |
| Als je zus(sen) hebt, zijn zij gezond? | ☐ | ☐ | Zo nee, reden:  |  |

 **6. VRAGENLIJST ENERGIE INTAKE – VOEDING – SUPPLEMENTEN**

|  |
| --- |
|  **Voeding**  |
|  | **JA** | **NEE** | **Toelichting** |
| Heb je ooit een voedingsanalyse gehad? | ☐ | ☐ |  |
| Zo ja, wanneer was de laatste keer? |  |
| Word je nu of ben je begeleid door een (sport)diëtist? | ☐ | ☐ | Wie:  |   |
| Zo nee, heb je behoefte aan contact met een diëtist? | ☐ | ☐ |  |
| Vind je dat je goed en gevarieerd en op goede tijdstippen eet? | ☐ | ☐ |  |
| Volg je een speciaal dieet? | ☐ | ☐ | Welke:  |   |
| Ben je tevreden met je huidige gewicht? Wat is je optimale gewicht? | ☐ | ☐ | Huidige gewicht: Optimale gewicht: |   |
| Zorg je dat je dagelijks 3 maaltijden gebruikt? | ☐ | ☐ |   |
| Hoeveel liter drink je gemiddeld per dag? | ☐ | ☐ |   | Liter |
|  |
| **Voedingssupplementen** |
| Gebruik je voedingssupplementen (vitaminepreparaten, mineralen, eiwitten, staaltabletten, glucosamine en/of andere middelen)? | ☐ | Ja | ☐ | Nee |
| **Voedingssupplement (naam)** | **Dosering en datum start gebruik** |
|  |  |
|  |  |

**7. VRAGENLIJST HOUDING en BEWEGINGSAPPARAAT**

|  |
| --- |
| **Voorgeschiedenis** |
|  | **JA** | **NEE** | **Toelichting** |
| Ben je wel eens geopereerd aan een bewegingsapparaatHier bedoelen we voet, enkel, knie, schouder, elleboog etc. | ☐ | ☐ | Zo ja, wanneer en waaraan geopereerd? |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

|  |
| --- |
| **Geef een chronologisch overzicht van de klachten die je aan je bewegingsapparaat hebt gehad**. |
| **Datum blessure** | **Lichaamsdeel:** | **Soort klacht:** | **Hoe ontstaan:** | **Behandelddoor:** | **Hersteltijd****(dagen-weken)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Heb je momenteel klachten aan spieren, pezen, banden, gewrichten of botten die je hinderen?** |
| **Huidige klachten:** |
| 1.  |  |
| 2.  |  |
| 3.  |  |
| 4.  |  |

|  |
| --- |
| **Overige vragen:** |
|  | **JA** | **NEE** | Toelichting |
| Heb je zooltjes, compressiekousen of andere hulpmaterialen? | ☐ | ☐ | Welke: |   |
| Heb je klachten van materiaal? | ☐ | ☐ | Welke: |   |

|  |
| --- |
| **Aldus naar waarheid ingevuld:** |
| Datum: |  | Plaats: |  |
| Naam: |  | Handtekening: |  |