|  |
| --- |
| **VRAGENLIJST Inspanningstest DeSportarts** |

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

1. **VRAGENLIJST ALGEMENE INFORMATIE**

|  |
| --- |
| **Persoonlijke gegevens** |
| Voor en achternaam |   |
| Burgerlijke staat | ☐ | alleenstaand  | ☐ | gehuwd | ☐ | samenwonend |
| **Huisarts** |
| Naam  |  |
| Plaats |  |

1. **VRAGENLIJST SPORT EN BEWEGING**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sport en beweging** |  |
| Tak van sport / bewegingHoe vaak per week? |  |
| Sportieve voorgeschiedenis (welke sporten gedaan)  |  |
|  |  |
| **Indien van toepassing** |  |
| Coaches/Trainers: |  |
| Arts: |  |
| Fysiotherapeut: |  |
| Masseur: |  |
| Voedingsdeskundige: |  |
| Andere mentaal begeleider/psycholoog:: |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Werk**  | **Toelichting** |
| Beschrijf je werk of school situatie |  |

1. **VRAGENLIJST HERSTEL**

|  |
| --- |
| **Rust en Herstel maatregelen** |
|  | **JA** | **NEE** | **Toelichting** |
| Slaap je goed? | ☐ | ☐ | Uren per nacht: |   |
| Doe je wel eens 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? | ☐ | ☐ |  |

**4. 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. (dus geen gewrichten zoals knie en enkel) | ☐ | ☐ | 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? | ☐ | ☐ |  |

|  |
| --- |
| **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? |  |
| Draag je een bril of contactlenzen bij sportbeoefening? | 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:  |   |

|  |
| --- |
| **Hart en vaatstelsel** |
|  | **JA** | **NEE** |
| Ben je in het verleden wel eens onder behandeling van een cardioloog geweest? Zo ja, waarvoor? | ☐ | ☐ |
| 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? | ☐ | ☐ |
| Is je cholesterolgehalte hoger dan 6.5mmol of niet bekend?  | ☐ | ☐ |
| Heb je suikerziekte en/of gebruik je medicijnen om je bloedsuiker te regelen?  | ☐ | ☐ |
| Bent je lichamelijk inactief (minder dan 5 dagen per week minstens30 minuten/dag matig intensief lichamelijk actief)? | ☐ | ☐ |
|  |  |  |
|  **Buik**  |  |
|  | **JA** | **NEE** | **Toelichting** |
| Heb je wel eens maagklachten? | ☐ | ☐ |  |
| Heb je wel eens darmklachten? | ☐ | ☐ |  |
| Heb je wel eens blaas / urineweginfecties? | ☐ | ☐ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VOOR VROUWELIJKE SPORTERSMenstruele cyclus** |  |
|  | **JA** | **NEE** | **Toelichting** |
| Menstrueer je? Zo ja op welke leeftijd 1e menstruatie? | ☐ | ☐ | Leeftijd 1ste menstruatie:  |  |
| 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:  |  |
| Gebruik je tijdens menstruatie medicatie? Zo ja welk medicijn? | ☐ | ☐ | Medicijn:  |  |
| Wanneer presteer je het beste: voor, tijdens of na de menstruatie? | ☐ | ☐ | ☐ | voor | ☐ | tijdens | ☐ | na |

|  |
| --- |
| **Medicijngebruik**  |
|  | **JA** | **NEE** |  |
| Gebruik je geneesmiddelen?  | ☐  |   | ☐ |  |
| **Naam medicijn** | **Dosering en datum start gebruik** |  |
| 1. |  |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
|  | **JA** | **NEE** |  |
| Gebruik je dopinggeduide middelen of drugs? | ☐ | ☐ | Zo ja, wat?  |   |
|

|  |
| --- |
| **Voedingssupplementen** |
| Gebruik je voedingssupplementen (vitaminepreparaten, mineralen, eiwitten, staaltabletten, glucosamine en/of andere middelen)? | ☐ | Ja | ☐ | Nee |
| **Voedingssupplement (naam)** | **Dosering en datum start gebruik** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |  |
| **Intoxicaties**  |
|  | **JA** | **NEE** | **Toelichting** |
| Rook je? | ☐ | ☐ | Zo ja, wat?  |  |
| En hoeveel? |  |
| Gebruik je alcohol? | ☐ | ☐ | 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**

|  |
| --- |
|  **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 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 huidig gewicht en vetpercentage? Wat is je optimaal gewicht? | ☐ | ☐ | Optimaal gewicht:  |   |
| Hoeveel liter drink je gemiddeld per dag? | ☐ | ☐ |   | Liter |
|  |

**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 blessures / klachten die je hebt gehad**. |
| **Datum blessure** | **Lichaamsdeel:** | **Soort blessure:** | **Hoe ontstaan:** | **Behandelddoor:** | **Duur (dagen-weken)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

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

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