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

|  |
| --- |
| **Beste cliënt,**  **Ik verzoek je de vragenlijst zo compleet mogelijk digitaal in te vullen en per mail op te sturen naar** [**kasperjanssen@desportarts.nl**](mailto:kasperjanssen@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 / beweging  Hoe 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 SPORTERS Menstruele 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 bewegingsapparaat  Hier 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:** | **Behandeld door:** | **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: |  |