|  |  |
| --- | --- |
| **VRAGENLIJST SPORTMEDISCH ONDERZOEK DeSportarts** | |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Beste cliënt/sporter,**  **Ik verzoek je de vragenlijst zo compleet mogelijk digitaal in te vullen en per mail op te sturen naar** [**info@desportarts.nl**](mailto:info@desportarts.nl)**. Liever printen, invullen en meenemen? Dat mag ook. 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 | | |
| **Huisarts** | | | | | | | | |
| Naam |  | | | | | | | |
| Plaats |  | | | | | | | |

1. **VRAGENLIJST SPORT EN BELASTING**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sport** |  |
| Tak van sport |  |
| Sportieve voorgeschiedenis  (welke sporten gedaan) |  |
|  |  |
| **Huidig begeleidingsteam**  **(indien van toepassing)** |  |
| Coaches/Trainers: |  |
| Arts: |  |
| Fysiotherapeut: |  |
| Masseur: |  |
| Voedingsdeskundige: |  |
| Andere mentaal begeleider/psycholoog:: |  |

|  |
| --- |
| **Totale belasting inclusief sportbelasting** |

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

1. Sportspecifieke training

2. Kracht- en fysieke training

3. Alternatieve training

4. Mentale training

5. Wedstrijd (indien wekelijks)

6. School/studie en werk

7. Reizen voor studie /werk en training

8. Overige activiteiten (bv. privé, PR activiteiten of intensieve hobby’s)

9. Rust en hersteltijd

**Een voorbeeld**: 2 uur badminton, 1 uur rust, 2 uur school/werk, ½ uur reizen, 1 ½ uur badminton, 1 uur krachttraining

**Specifieke Training – Rust – School/Werk - Reistijd**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Werk-studie** | **Toelichting** | | | |
| Beschrijf je school- of werk situatie |  | | | |
| **Overige belasting** | | **Toelichting** | | |
| Hoeveel tijd besteed je per week aan andere verplichtingen ? | | ☐ | uur / per week |  |
| Besteed je tijd aan andere arbeidsintensieve hobby’s? | | ☐ | Ja, welke? ………… | |
| ☐ | Nee | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Totale gemiddelde belasting per week** | | | |
| **Tel zelf op:** |  | | |
| 1. Totaal trainingsbelasting (categorie 1 t/m 4: sportspecifiek, kracht/fysiek, alternatief, mentaal) |  | uur / per week |  |
| 2. Totaal wedstrijden (categorie 5) |  | uur / per week |  |
| 3. Totaal school/studie en/of werk (categorie 6) |  | uur / per week |  |
| 4. Totaal reizen (categorie 7) |  | uur / per week |  |
| 5. Totaal overige activiteiten (categorie 8) |  | uur / per week |  |
| **Totaal algehele belasting** |  | **uur / per week** |  |

|  |
| --- |
| **Periodisering = belangrijkste geplande stages en wedstrijden komend jaar (indien van toepassing)** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Doelstellingen sport (indien van toepassing)** | |
| - komend jaar: |  |
| - lange termijn: |  |

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? | ☐ | ☐ |  | | |
| Doe je altijd een goede: | | | | | |
| - Warming up? | ☐ | ☐ | | Hoe lang: |  |
| - Cooling down? | ☐ | ☐ | | Hoe lang: |  |
| Welke herstelmaatregelen neem  je bij en na een training/wedstrijd t.a.v. drinken, voeding of voedingsdrank: | -Tijdens training/wedstrijd: | | |  | |
| -Na training/wedstrijd: | | |  | |
| Maak je nog gebruik van andere herstel maatregelen? | ☐ | ☐ | | Zo ja welke? |  |
| Vind je dat je herstel in orde is? | ☐ | ☐ | |  | |

**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? | | | | ☐ | ☐ |
| 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 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 |

**5. Medicijnen /intox/VG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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? | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Voedingssupplementen** | | | | Gebruik je voedingssupplementen (vitaminepreparaten, mineralen, eiwitten, staaltabletten, glucosamine en/of andere middelen)? Ja/Nee | | **Voedingssupplement (naam) Dosering** | | | 1 | | | 2 | | | 3 | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Intoxicaties** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **JA** | **NEE** | | | **Toelichting** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rook je? | | ☐ | ☐ | | | Zo ja, wat? | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| En hoeveel? | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Gebruik je drank?  Drugs? | | ☐ ☐ | ☐ ☐ | | | Zo ja, wat/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 (sport)diëtist? | ☐ | ☐ | Wie: |  | |
| Zo nee, heb je behoefte aan contact met een sportdiëtist? | ☐ | ☐ |  | | |
| 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: | |  |
| Zorg je dat je minimaal 2-3 uur voor de training en wedstrijd laatste maaltijd heb gehad? | ☐ | ☐ |  | | |
| Hoeveel liter drink je gemiddeld per dag? | ☐ | ☐ |  | Liter | |
| Heb je tijdens de training en/of wedstrijd geregeld een dorstgevoel? | ☐ | ☐ |  | | |
| Eet en/of drink je aanvullend tijdens een training van 1,5 uur of langer? | ☐ | ☐ |  | | |
| Eet of drink je binnen ½ - 1 uur na een training en wedstrijd een product dat koolhydraten of eiwitten bevat? | ☐ | ☐ |  | | |

**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 die je vanaf de start van de sport carrière hebt gehad**. | | | | | |
| **Datum blessure** | **Lichaamsdeel:** | **Soort blessure:** | **Hoe ontstaan:** | **Behandeld door:** | **Trainingsverlies (dagen-weken)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 sport(st)er: |  | Handtekening sporter: |  |