



## Vragenlijst Sport Medisch Onderzoek Sportmedisch Adviescentrum Noord

---

Achternaam + Voorletters: \_\_\_\_\_ Geslacht: M / V  
Roepnaam: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Leeftijd: \_\_\_\_\_ jr.  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoon Thuis: \_\_\_\_\_ Werk: \_\_\_\_\_ Mobiel: \_\_\_\_\_  
E-mailadres: \_\_\_\_\_  
Burger Service Nummer: \_\_\_\_\_  
Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_ Polisnummer: \_\_\_\_\_  
Huisarts: \_\_\_\_\_ Woonplaats huisarts: \_\_\_\_\_

---

*Wilt u onderstaande vragen beantwoorden en zo nodig toelichten?*

### Reden van het Sport Medisch Onderzoek

- Verplicht in verband met sportbeoefening  
Zo ja, welke sport.....  
Vereniging: .....
- Verplicht in verband met opleiding  
Zo ja, welke opleiding.....
- Check-up
- Vragen over sportbeoefening
- Klachten hart of longen
- Overig, namelijk: .....

### Welk type onderzoek wilt u laten uitvoeren?

- Basis sportmedisch onderzoek
- Basis plus sportmedisch onderzoek (inclusief ECG)
- Groot sportmedisch onderzoek
- Preventieve cardiovasculaire screening ("Lausanne onderzoek")

### Sportbeoefening

Welke sport(en) beoefent u?.....  
Hoe lang beoefent u deze sport(en) al en op welk niveau?.....  
Traint / speelt u bij een vereniging? .....

Hoe vaak traint u per week en hoeveel uur? .....

### Medische voorgeschiedenis

1. Bent u het afgelopen jaar ziek geweest, staat u onder medische controle of wordt u momenteel behandeld in verband met ziekte, lichamelijk gebrek of blessure?  
 Nee  
 Ja , toelichting: .....
2. Bent u wel eens geopereerd?  
 Nee  
 Ja , toelichting: .....
3. Bent u in het verleden langdurig of ernstig ziek geweest?  
 Nee  
 Ja , toelichting: .....
4. Bent u wel eens op medische gronden afgekeurd?  
 Nee  
 Ja , toelichting: .....
5. Gebruikt u medicijnen?  
 Nee  
 Ja , toelichting: .....
6. Heeft u de afgelopen twee weken koorts gehad?  
 Nee  
 Ja

### Algemeen

7. Voelt u zich gezond?  Ja  Nee
8. Heeft u vaak hoofdpijn?  Ja  Nee
9. Zijn uw ogen links en rechts goed?  Ja  Nee
10. Draagt u een bril of lenzen?  Ja  Nee
11. Heeft u problemen met uw gehoor?  Ja  Nee
12. Heeft u ooit een oorziekte gehad?  Ja  Nee
13. Heeft u een allergie of hooikoorts?  Ja  Nee
14. Heeft u in het verleden psychische klachten (zoals bv depressie) gehad?  Ja  Nee

### Hart / longen

15. Heeft u wel eens druk of pijn op de borst tijdens of na inspanning?  Ja  Nee
16. Heeft u wel eens last van hartkloppingen of een onregelmatige hartslag?  Ja  Nee
17. Heeft u hartritmestoornissen of bent u hier ooit voor behandeld?  Ja  Nee
18. Heeft u wel eens last (gehad) van duizeligheid of evenwichtsstoornissen?  Ja  Nee
19. Bent u wel eens duizelig geworden of flauwgevallen tijdens inspanning?  Ja  Nee
20. Bent u wel eens bewusteloos geraakt tijdens of direct na inspanning?  Ja  Nee
21. Heeft u wel eens een aanval van epilepsie gehad?  Ja  Nee
22. Heeft u een hartruis?  Ja  Nee
23. Is er bij u een hartprobleem bekend?  Ja  Nee
24. Is er tegen u gezegd dat u moest stoppen met sporten i.v.m. een hartziekte?  Ja  Nee
25. Heeft u wel eens een lange periode van koorts, griep of een ernstige virusinfectie gehad (Myocarditis, Pfeiffer)?  Ja  Nee
26. Heeft u acuut reuma gehad?  Ja  Nee

27. Heeft u wel eens last van kortademigheid of hoesten tijdens of na inspanning?  Ja  Nee
28. Bent u in het verleden behandeld of opgenomen voor astma?  Ja  Nee
29. Bemerkt u wel eens een extreme vermoeidheid, niet passend bij een normaal inspanningsniveau?  Ja  Nee
30. Rookt u?  Ja  Nee
31. Heeft u gerookt?  Ja  Nee  
Indien ja, hoe lang? .....
32. Heeft u of wordt u behandeld voor een hoge bloeddruk?  Ja  Nee
33. Heeft u of wordt u behandeld voor een hoog cholesterol?  Ja  Nee
34. Heeft u of wordt u behandeld voor suikerziekte?  Ja  Nee

### Familieanamnese

35. Is er bij u in de familie iemand:

- |  |                                       |                                      |                              |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| a) plots of onverwacht overleden?                      | <input type="checkbox"/> Ja (0-65 jr) | <input type="checkbox"/> Ja (>65 jr) | <input type="checkbox"/> Nee |
| b) tijdens het zwemmen onverklaard verdronken?         | <input type="checkbox"/> Ja (0-65 jr) | <input type="checkbox"/> Ja (>65 jr) | <input type="checkbox"/> Nee |
| c) met een onverklaard ongeluk in het verkeer?         | <input type="checkbox"/> Ja (0-65 jr) | <input type="checkbox"/> Ja (>65 jr) | <input type="checkbox"/> Nee |
| d) met een hoge bloeddruk?                             | <input type="checkbox"/> Ja (0-65 jr) | <input type="checkbox"/> Ja (>65 jr) | <input type="checkbox"/> Nee |
| e) onder behandeling voor hartklachten?                | <input type="checkbox"/> Ja (0-65 jr) | <input type="checkbox"/> Ja (>65 jr) | <input type="checkbox"/> Nee |
| f) met een hartinfarct of 'pijn op de borst'?          | <input type="checkbox"/> Ja (0-65 jr) | <input type="checkbox"/> Ja (>65 jr) | <input type="checkbox"/> Nee |
| g) gedotterd?  | <input type="checkbox"/> Ja (0-65 jr) | <input type="checkbox"/> Ja (>65 jr) | <input type="checkbox"/> Nee |
| h) aan het hart geopereerd (kleppen of bypass)?        | <input type="checkbox"/> Ja (0-65 jr) | <input type="checkbox"/> Ja (>65 jr) | <input type="checkbox"/> Nee |
| i) behandeld voor flauwvallen of duizeligheid?         | <input type="checkbox"/> Ja (0-65 jr) | <input type="checkbox"/> Ja (>65 jr) | <input type="checkbox"/> Nee |
| j) behandeld voor een onregelmatige hartslag?          | <input type="checkbox"/> Ja (0-65 jr) | <input type="checkbox"/> Ja (>65 jr) | <input type="checkbox"/> Nee |
| k) met een pacemaker of defibrillator?                 | <input type="checkbox"/> Ja (0-65 jr) | <input type="checkbox"/> Ja (>65 jr) | <input type="checkbox"/> Nee |
| l) met onverklaarde trekkingen?                        | <input type="checkbox"/> Ja (0-65 jr) | <input type="checkbox"/> Ja (>65 jr) | <input type="checkbox"/> Nee |
| m) met een hartspierziekte of het syndroom van Marfan? | <input type="checkbox"/> Ja (0-65 jr) | <input type="checkbox"/> Ja (>65 jr) | <input type="checkbox"/> Nee |
| n) overleden aan wiegendoed                            | <input type="checkbox"/> Ja (0-65 jr) | <input type="checkbox"/> Ja (>65 jr) | <input type="checkbox"/> Nee |

(NB Met familie wordt eerste, tweede, derde en vierdegraads familie bedoeld)

Toelichting: .....

.....

### Bewegingsapparaat

36. Heeft u op dit moment klachten van het bewegingsapparaat in het dagelijks leven of bij sport?

- Nee
- Ja , toelichting: .....

37. Heeft u in het verleden klachten gehad van het bewegingsapparaat in het dagelijks leven of bij sport en bewegen?

- Nee
- Ja , toelichting: .....

38. Heeft u wel eens een (sport) blessure gehad?

- Nee
- Ja , toelichting: .....

**Voeding**

39. Volgt u een speciaal dieet?

- Nee
- Ja , toelichting: .....

40. Gebruikt u vitamines en/of andere preparaten?

- Nee
- Ja , toelichting: .....

41. Gebruikt u alcohol?

- Nee
- Ja , toelichting: .....

**Vrouwen**

42. Heeft u menstratieklachten?

- Nee
- Ja , toelichting: .....

43. Gebruikt u een anticonceptiepil?

- Nee
- Ja

Heeft u er bezwaar tegen dat uw huisarts indien nodig een kopie van uw onderzoeksverslag krijgt?

- Nee
- Ja

**Opmerkingen**

.....

.....

.....

Hierbij verklaar ik dat ik bovenstaande vragenlijst naar waarheid heb ingevuld.

Datum: ..... Handtekening: .....

Handtekening ouder / voogd (indien leeftijd < 18 jaar): .....