

Vragenlijst Sporttest Sport Medisch Centrum UMCG – Locatie Zernicke 2015

Vragenlijst Sporttest

Sportmedisch Centrum UMCG – Locatie Zernicke

Persoonsgegevens

Achternaam: _____ Geslacht: M / V

Voornaam: _____

Geboortedatum: ___/___/____ Telefoonnummer: _____

E-mail adres: _____

Naam zorgverzekeraar: _____

Polisnummer: _____ Datum ingang verzekering: ___/___/___

Paspoort- / rijbewijsnummer (BSN nummer): _____*

(* Sinds 1 januari 2006 geldt identificatieplicht in ziekenhuizen middels rijbewijs of paspoort)

Naam huisarts: _____ Woonplaats huisarts: _____

Voor welke Sporttest komt u?

- Preventieve Cardiologische screening (€65,-)
- Basis sporttest (€90,-)
- Maximale sporttest (€125,-)
- Maximale sporttest met VO2max (€175,-)
- Een verplichte keuring voor je opleiding ALO/SGM (€75,-)

Vragenlijst Sporttest Sport Medisch Centrum UMCG – Locatie Zernicke 2015

Wilt u onderstaande vragen beantwoorden en zo nodig toelichten (wat, waar, wanneer)?
Vragen die niet op u van toepassing zijn kunt u overslaan.

Algemeen

1. Wat is voor u de reden om dit onderzoek te laten doen?

.....

2. Heeft u vragen over het (gaan) uitoefenen van sport en bewegen? Nee / Ja
Zo ja, welke?

.....

Medische Voorgeschiedenis

Deze vragen hebben als doel een beter inzicht te krijgen in uw medische voorgeschiedenis.

3. Bent u wel eens geopereerd? Nee / Ja
Zo ja, waarvoor, wanneer?

.....

.....

4. Is er bij u een andere ziekte of een andere medische afwijking geconstateerd? Nee / Ja
Zo ja, welke? (*Denk ook aan botbreuken ed.*)

.....

.....

5. Gebruikt u medicijnen (*Denk ook aan medicatie voor wagen / zeeziekte*)? Nee / Ja
Zo ja, welke?

.....

.....

6. Bent u wel eens ernstig of langdurig ziek geweest? Nee / Ja
Zo ja, wanneer en welke ziekte?

.....

.....

7. Heeft u eerder een keuring ondergaan? Nee / Ja
Zo ja, waarvoor en wat was de uitslag?

.....

8. Bent u wel eens op medische gronden afgekeurd? Nee / Ja
Zo ja, op basis waarvan?

.....

9. Heeft u de afgelopen 2 weken koorts gehad? Nee / Ja

Hart, longen en bloedvaten

Deze vragen hebben als doel een beter inzicht te krijgen in eventuele klachten van hart, longen en/of bloedvaten.

Vragenlijst Sporttest Sport Medisch Centrum UMCG – Locatie Zernicke 2015

10. Klachten

- | | | | | | |
|----|--|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| a) | Heeft u wel eens druk of pijn op de borst tijdens of na inspanning? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| b) | Heeft u wel eens problemen met de ademhaling of last van hoesten tijdens of na inspanning? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| c) | Bent u in het verleden behandeld of opgenomen voor astma? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| d) | Bemerkt u wel eens een extreme vermoeidheid die niet past bij een normaal inspanningsniveau? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| e) | Heeft u wel eens bemerkt dat uw hart op hol sloeg of dat het hart slagen oversloeg? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| f) | Heeft u hartritmestoornissen of bent u hier ooit voor behandeld? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| g) | Bent u wel eens duizelig geworden of flauwgevallen tijdens inspanning? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| h) | Bent u wel eens bewusteloos geraakt tijdens of direct na inspanning? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| i) | Heeft u in het verleden wel eens een aanval van epilepsie gehad? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| j) | Heeft u een hartruis? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| k) | Is er in het verleden wel eens tegen u gezegd dat u moest stoppen met sporten in verband met een hartziekte? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| l) | Is er bij u een hartprobleem bekend? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| m) | Heeft u een lange periode van koorts, griep of een ernstige virus infectie gehad (Myocarditis, Pfeiffer)? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| n) | Heeft u vroeger acuut reuma gehad? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| o) | Rookt u? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| | Indien ja, hoe lang? | | | | |
| p) | Heeft u gerookt? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| | Indien ja, hoe lang? | | | | |
| q) | Heeft u of wordt u behandeld voor een hoge bloeddruk? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| r) | Heeft u of wordt u behandeld voor een hoog cholesterol? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| s) | Heeft u of wordt u behandeld voor suikerziekte? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |
| t) | Heeft u een allergie? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee |

Familie

11. Familie anamnese

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

CAVE meerdere antwoorden mogelijk

Deze vragen hebben als doel een beter inzicht te krijgen in uw familiale belasting met betrekking tot hart- en vaatziekten.

Is er bij u in de familie iemand:

- | | | | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-----|
| a) | plots overleden? | <input type="checkbox"/> | Ja (0-50 jr) | <input type="checkbox"/> | Ja (50-75 jr) | <input type="checkbox"/> | Ja (>75 jr) | <input type="checkbox"/> | Nee |
| b) | tijdens het zwemmen onverklaard verdronken? | <input type="checkbox"/> | Ja (0-50 jr) | <input type="checkbox"/> | Ja (50-75 jr) | <input type="checkbox"/> | Ja (>75 jr) | <input type="checkbox"/> | Nee |
| c) | met een onverklaard ongeluk in het verkeer? | <input type="checkbox"/> | Ja (0-50 jr) | <input type="checkbox"/> | Ja (50-75 jr) | <input type="checkbox"/> | Ja (>75 jr) | <input type="checkbox"/> | Nee |
| d) | met een hoge bloeddruk? | <input type="checkbox"/> | Ja (0-50 jr) | <input type="checkbox"/> | Ja (50-75 jr) | <input type="checkbox"/> | Ja (>75 jr) | <input type="checkbox"/> | Nee |
| e) | die behandeld wordt | <input type="checkbox"/> | Ja (0-50 jr) | <input type="checkbox"/> | Ja (50-75 jr) | <input type="checkbox"/> | Ja (>75 jr) | <input type="checkbox"/> | Nee |

Vragenlijst Sporttest Sport Medisch Centrum UMCG – Locatie Zernicke 2015

- voor hartklachten?
- f) met een hartinfarct of 'pijn op de borst?' Ja (0-50 jr) Ja (50-75 jr) Ja (>75 jr) Nee
- g) die gedotterd is? Ja (0-50 jr) Ja (50-75 jr) Ja (>75 jr) Nee
- h) die aan het hart geopereerd is (hartkleppen of bypass)? Ja (0-50 jr) Ja (50-75 jr) Ja (>75 jr) Nee
- i) behandeld voor regelmatig flauwvallen of duizeligheid? Ja (0-50 jr) Ja (50-75 jr) Ja (>75 jr) Nee
- j) behandeld wordt voor een onregelmatige hartslag? Ja (0-50 jr) Ja (50-75 jr) Ja (>75 jr) Nee
- k) die een pacemaker of een defibrillator heeft? Ja (0-50 jr) Ja (50-75 jr) Ja (>75 jr) Nee
- l) met onverklaarde trekkingen? Ja (0-50 jr) Ja (50-75 jr) Ja (>75 jr) Nee
- m) die een hartspierziekte heeft? Ja (0-50 jr) Ja (50-75 jr) Ja (>75 jr) Nee
- n) Die Sikkkel cel ziekte heeft? Ja (0-50 jr) Ja (50-75 jr) Ja (>75 jr) Nee

Bewegingsapparaat

Deze vragen hebben als doel een beter inzicht te krijgen in uw blessure verleden.

12. Heeft u momenteel regelmatig klachten van uw botten, gewrichten, pezen of spieren in het dagelijks leven of bij sporten en bewegen?

- Ja
 Nee

Indien ja, welke?

.....
.....

13. Heeft u in het verleden vaak klachten van uw botten, gewrichten, pezen of spieren gehad in het dagelijks leven of bij sporten en bewegen?

- Ja
 Nee

Indien ja, welke?

.....
.....

14. Heeft u wel eens een sportblessure gehad?

- Ja
 Nee

Indien ja, wat voor blessure?

.....
.....

Vragenlijst Sporttest Sport Medisch Centrum UMCG – Locatie Zernicke 2015

20. Bent u wel eens overtraind geweest?

- Ja
 Nee

Indien ja, wanneer en welke klachten had u?

.....
.....

21. Welke prestaties heeft u geleverd (persoonlijke records, kampioenschappen)?

.....
.....

22. Wat is het doel van uw huidige en toekomstige training?

.....
.....

23. Hoe ziet uw *gemiddelde* weekprogramma qua sportactiviteiten eruit?

	Sportactiviteit	Duur	Intensiteit	Doel	Opmerkingen
Maandag					
Dinsdag					
Woensdag					
Donderdag					
Vrijdag					
Zaterdag					
Zondag					

Allen in te vullen in het kader van een duikkeuring

Deze vragen hebben als doel een beter inzicht te krijgen in eventuele problemen die zich specifiek bij duiken kunnen voordoen..

24. Duikervaring

- a) Kunt u zwemmen? Nee / Ja
b) Ooit problemen tijdens of na zwemmen of duiken? Nee / Ja
c) Moest u ooit gered worden? Nee / Ja
d) Snorkelt u regelmatig? Nee / Ja
e) Eerder scuba-training gehad? Nee / Ja
f) Hebt u scuba-duikervaring? Nee / Ja
g) Ooit een decompressieziekte gehad? Nee / Ja
h) Aantal duiken (ongeveer):
- i) Maximum diepte ooit: _____ meter
j) Langste duik ooit: _____ minuten

Vragenlijst Sporttest Sport Medisch Centrum UMCG – Locatie Zernicke 2015

Privacy

Deze vragen hebben betrekking op de privacy van uw gegevens

25. Heeft u er bezwaar tegen dat uw huisarts een kopie van uw onderzoeksverslag krijgt? Nee / Ja

26. Heeft u er bezwaar tegen als uw gegevens anoniem gebruikt (kunnen) worden voor wetenschappelijk onderzoek? Nee / Ja

Opmerkingen

.....
...
.....
...
.....
...

Hiermee verklaar ik dat ik bovenstaande vragen naar waarheid heb ingevuld.

Datum:

Plaats:

Handtekening: