

Medische Vragenlijst

Achternaam: Voornaam/voorletters:

Geboortedatum: Lengte: Gewicht: Man/vrouw

Tel. Privé: Tel. werk

Privacy

Alle gegevens die u op deze intake vragen lijst vermeldt en alle antwoorden die u op de gestelde vragen geeft, worden binnen de Gezonde Zaak strikt vertrouwelijk behandeld en zullen nooit aan derden worden verstrekt. Uw persoonlijke gegevens worden uitsluitend gebruikt om een veilig en effectief programma voor u samen te stellen.

Instructie

De intake vragenlijst bevat twee soorten vragen. Bij de open vragen moet u zelf een antwoord formuleren. Wij vragen u dat in blokletters te doen. Bij de keuzevragen is het de bedoeling dat u het antwoord(hokje) aankruist als het antwoord op u van toepassing is. Vervolgens noteert u op het antwoordformulier het cijfer van het hokje dat u heeft aangekruist. Wanneer tijdens het invullen iets niet duidelijk is, vraag dan gerust toelichting aan de receptionist of de instructeur. Wanneer u klaar bent met invullen kunt u de vragenlijst samen met het antwoordformulier bij hen inleveren.

Komen of kwamen er in uw naaste familie (ouders, broers, zusters) voor het zestigste levensjaar de volgende aandoeningen voor? Hart- en vaatziekten 1
Hoge bloeddruk 2
Hersenbloeding 3

Zo ja, bij welk familielid?

Heeft u op dit moment klachten over uw gezondheid? 4
Zo ja, welke?

Bent u onder behandeling van? De huisarts 5
De specialist 6
De fysiotherapeut 7

Waarom bent u onder behandeling (alleen indien van toepassing)?

Bent u ooit om medische redenen afgekeurd? 8
Zo ja, voor welke aandoening?

Gebruikt u medicijnen wegens de volgende aandoeningen? Hoge bloeddruk 9
Hartaandoeningen 10
Longaandoeningen 11
Reumatische aandoeningen 12
Suikerziekte 13
T.b.v. Bloedverdunning 14
Cholesterol 14a
Andere aandoeningen nl:

Zo ja, welke en in welke dosering?

Heeft u regelmatig last van Hartkloppingen 15
Onregelmatige hartslag 16
Overslaan van het hart 17

Bent u hiervoor wel eens onderzocht door een arts? 18
Zo ja, wat was de diagnose?

Medische Vragenlijst

Wordt u kortademig bij inspanning (meer dan andere)?		19 <input type="checkbox"/>
Krijgt u bij inspanning en/of stress pijn op de borst, die snel afzakt in rust?		20 <input type="checkbox"/>
Heeft u last van etalage benen (pijn bij het lopen, welke direct afzakt bij stilstaan)?		20a <input type="checkbox"/>
Zijn uw voeten regelmatig gezwollen?		21 <input type="checkbox"/>
Heeft u in rust last van	Kortademigheid	22 <input type="checkbox"/>
	Piepen op de borst	23 <input type="checkbox"/>
	Benauwdheid	24 <input type="checkbox"/>
Rookt u?	Ja, ik rook	25 <input type="checkbox"/>
Zo ja, is dit per dag	Minder dan 10 sigaretten	26 <input type="checkbox"/>
	Tussen de 10 en 20 sigaretten	27 <input type="checkbox"/>
	Meer dan 20 sigaretten	28 <input type="checkbox"/>
Heeft u last van langdurige vermoeidheidsklachten?		29 <input type="checkbox"/>
Bent u het laatste jaar meer dan 5 kilogram zwaarder geworden?		30 <input type="checkbox"/>
Bent u het laatste jaar meer dan 5 kilogram lichter geworden?		31 <input type="checkbox"/>
Volgt u een speciaal dieet?		32 <input type="checkbox"/>
Heeft u één van de volgende aandoeningen (gehad)?	Hartaanval (hartinfarct)	33 <input type="checkbox"/>
	Pijn in de borst (angina pectoris)	34 <input type="checkbox"/>
	Hartklepaandoening	35 <input type="checkbox"/>
	Verhoogde bloeddruk	36 <input type="checkbox"/>
	Andere hart-of vaatafwijking (geen spataderen)	37 <input type="checkbox"/>
	Hersenbloeding	38 <input type="checkbox"/>
	Suikerziekte	39 <input type="checkbox"/>
	Schildklierafwijking	40 <input type="checkbox"/>
	Astma, bronchitis	41 <input type="checkbox"/>
	Inspanningsastma	42 <input type="checkbox"/>
	Verhoogd cholesterol gehalte	42a <input type="checkbox"/>
	Andere aandoeningen	
	
Ondervindt u van één van de hierboven aangegeven aandoeningen op dit moment last/hinder? Zo ja, welke?		
.....		
Heeft u wel eens een operatie ondergaan?		43 <input type="checkbox"/>
Zo ja, waarvoor en wanneer?		
.....		
Heeft u bij inspanning wel een last van de aandoeningen waarvoor u geopereerd bent?		44 <input type="checkbox"/>
Heeft u bij het dagelijks functioneren pijn/klachten aan één van de volgende gewrichten/spieren?	Enkels	45 <input type="checkbox"/>
	Knieën	46 <input type="checkbox"/>
	Heupen	47 <input type="checkbox"/>
	Rug	48 <input type="checkbox"/>
	Schouders	49 <input type="checkbox"/>
	Ellebogen	50 <input type="checkbox"/>
	Nek	51 <input type="checkbox"/>
	Andere gewrichten/spieren	
Heeft u bij inspanning of verhoogde belasting pijn/klachten aan	Enkels	52 <input type="checkbox"/>

Medische Vragenlijst

één van de volgende gewrichten/spieren?	Knieën.....	53	<input type="checkbox"/>
	Heupen.....	54	<input type="checkbox"/>
	Rug.....	55	<input type="checkbox"/>
	Schouders.....	56	<input type="checkbox"/>
	Ellebogen.....	57	<input type="checkbox"/>
	Nek.....	58	<input type="checkbox"/>
	Andere gewrichten/spieren.....		
Bent u momenteel of in de afgelopen drie maanden onder behandeling (geweest) wegens pijn/klachten aan één van de volgende gewrichten/spieren?	Enkels.....	59	<input type="checkbox"/>
	Knieën.....	60	<input type="checkbox"/>
	Heupen.....	61	<input type="checkbox"/>
	Rug.....	62	<input type="checkbox"/>
	Schouders.....	63	<input type="checkbox"/>
	Ellebogen.....	64	<input type="checkbox"/>
	Nek.....	65	<input type="checkbox"/>
Andere gewrichten/spieren.....			
Zo ja, welke diagnose is er gesteld?			
Heeft u daar momenteel nog last van?.....		65a	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van uitstralende pijn vanuit uw rug naar armen en/of benen?	In de armen.....	66	<input type="checkbox"/>
	In de benen.....	67	<input type="checkbox"/>
Heeft u andere klachten (behalve de hierboven genoemde) die u beperken in uw dagelijkse functioneren? Zo ja, welke?		68	<input type="checkbox"/>
.....			
Heeft u andere klachten (behalve de hierboven genoemde) die u beperken bij verhoogde belasting? Zo ja, welke?		69	<input type="checkbox"/>
.....			
Is u wel eens geadviseerd een bepaalde belasting niet te ondergaan, dan wel te voorkomen? Zo ja, door wie is dit geadviseerd en op welke belasting werd geduid?		69a	<input type="checkbox"/>
.....			
Doet u momenteel aan sport?	Nee, al meer dan 5 jaar niet meer.....	70	<input type="checkbox"/>
	Nee, ik ben korter dan 5 jaar geleden gestopt.....	71	<input type="checkbox"/>
	Ja, maar niet regelmatig.....	72	<input type="checkbox"/>
	Ja, gemiddeld 1 maal per week.....	73	<input type="checkbox"/>
	Ja, meer dan 1 maal per week.....	74	<input type="checkbox"/>
Indien u sport, onder welke categorie valt dan uw sportbeoefening?	Duursport, zoals joggen, wandelen, fietsen, roeien, aerobics.....	75	<input type="checkbox"/>
	Snelsport, zoals voetbal, volleybal, hockey, basketbal.....	76	<input type="checkbox"/>
	Racketsport, zoals tennis en squash.....	77	<input type="checkbox"/>
	Overige sporten, zoals gymnastiek, fitness.....	78	<input type="checkbox"/>
		
Hoe schat u uw conditie in?	Slecht.....	79	<input type="checkbox"/>
	Matig.....	80	<input type="checkbox"/>
	Redelijk.....	81	<input type="checkbox"/>
	Goed.....	82	<input type="checkbox"/>
	Zeer goed.....	83	<input type="checkbox"/>
Wat is de belangrijkste reden waarom u gaat deelnemen?	Geen specifieke reden.....	84	<input type="checkbox"/>
	Gezelligheid.....	85	<input type="checkbox"/>
	Handhaven of verbeteren conditie/fitheid.....	86	<input type="checkbox"/>

Medische Vragenlijst

Verhelpen of voorkomen van spier- of gewrichtsklachten.....	87 <input type="checkbox"/>
Afvallen/figuurverbetering.....	88 <input type="checkbox"/>
Ter ondersteuning van overige sportbeoefening.....	89 <input type="checkbox"/>

Aansprakelijkheid

Het deelnemen aan activiteiten van de Gezonde Zaak geschiedt geheel voor eigen risico. Wij besteden veel zorg aan een persoonlijke en professionele begeleiding voor u. Maar het centrum voor training en therapie, de medewerkers, de exploitant van het centrum en de Gezonde Zaak hoofdkantoor kunne nooit aansprakelijk worden gesteld voor eventuele schade en/of letsel. Door ondertekening van dit formulier verklaart u op de hoogte te zijn van deze voorwaarden voor deelname en ermee akkoord te gaan.

Ondergetekende geeft de Gezonde Zaak toestemming om de medische informatie op te vragen bij zijn of haar bekende specialist.

Wilt u deze medische vragenlijst –ingevuld en ondertekend- meesturen met uw inschrijfformulier?

Datum:

Handtekening: