

## ANAMNESE FORMULIER EERSTE KEURING

S.V.P. duidelijk schrijven en doorstrepen wat niet de bedoeling is

---

Naam en voorletters.....Man / Vrouw

Datum keuring.....Geboorte datum.....Roepnaam.....

Straat.....Postcode en Woonplaats.....

Tel.nr.....Opleiding/Beroep.....

Huisarts.....Adres.....

Vindt u het goed dat uw huisarts een bericht over de keuring krijgt (indien van toepassing)? J/N

---

### SPORTBEOEFENING

Soort sport	hoe lang al	aantal malen	afstand of duur per training/wedstrijd
1.....	sinds.....jaar	.....x per week	.....
2.....	sinds.....jaar	.....x per week	.....
3.....	sinds.....jaar	.....x per week	.....
4.....	sinds.....jaar	.....x per week	.....

---

Speciale voedingsgewoonten? J/N.....

Speciale voedingsgewoonten i.v.m. de sportbeoefening? J/N.....

Wilt u iets vragen over de voeding J/N.....

Gebruikt u geregeld geneesmiddelen, welke? J/N.....

Bent u onder behandeling (geweest) van een medisch specialist? J/N.....  
Bent u ooit langdurig en/of ernstig ziek geweest? J/N.....  
Bent u ooit geopereerd? J/N.....  
Heeft u een ongeval gehad, waarvan u nu nog gevolgen ondervindt? J/N.....  
Heeft u wel eens langdurige periode van niet fit zijn doorgemaakt? J/N.....  
Voelt u zich de laatste tijd gezond? J/N.....  
Slaapt u doorgaans goed? J/N.....  
Heeft u vaak last van hoofdpijn? J/N.....  
Ziet u goed met beide ogen? J/N.....  
Hooft u goed met beide oren? J/N.....  
Heeft u last van duizeligheid? J/N.....  
Bent u wel eens flauw gevallen? J/N.....  
Bent u vaak of langdurig verkouden? J/N.....  
Heeft u last van uw tanden of tandvlees? J/N.....

Heeft u last van een van de volgende klachten:

Kortademigheid J/N.....  
Piepende ademhaling J/N.....  
Hoesten J/N.....  
Slijm opgeven J/N.....  
Astma J/N.....  
Bronchitis J/N.....  
Allergie J/N.....  
Hooikoorts J/N.....

Heeft u (wel eens) last gehad van een van de volgende klachten:

Pijn of druk op de borst J/N.....  
Overslaan van het hart J/N.....  
Hartkloppingen J/N.....  
Onwel worden tijdens of na inspanning J/N.....

Heeft u klachten van de maag of de buik? J/N.....  
Heeft u problemen met uw gewicht (gehad)? J/N.....  
Heeft u klachten over de ontlasting? J/N.....  
Heeft u wel eens klachten van de nieren gehad? J/N.....  
Heeft u klachten (gehad) van uw huid? J/N.....  
Heeft u plaatselijk ongevoelige plekken? J/N.....

Rookt U? J/N.....  
Zo ja, hoeveel.....

Gebruikt u regelmatig alcoholische dranken? J/N.....  
Zo ja, hoeveel glazen gemiddeld per dag.....

Bent u in het laatste jaar door een fysiotherapeut behandeld? J/N.....

Heeft u wel een een noemenswaardige blessure gehad van een van de volgende lichaamsdelen:

Hoofd J/N.....  
Nek/hals J/N.....  
Rug J/N.....  
Schouder J/N.....  
Bovenarm J/N.....  
Elleboog J/N.....  
Pols J/N.....  
Hand J/N.....  
Heup J/N.....  
Lies J/N.....  
Dijbeen J/N.....  
Knie J/N.....  
Onderbeen J/N.....  
Enkel J/N.....  
Voet J/N.....

Komen er in uw familie een van de volgende ziektes of aandoeningen voor:

Hartziekten J/N.....  
Astma J/N.....  
Bronchitis J/N.....  
Vallende ziekte.....  
Beroerte J/N.....  
Tbc J/N.....  
Plotseling overlijden op jonge leeftijd J/N.....  
Een hier niet genoemde erfelijke ziekte J/N.....

Voor vrouwen:

Op welke leeftijd trad uw eerste menstruatie op?.....  
Is uw menstruatie altijd regelmatig? J/N.....  
Heeft u klachten van de menstruatie? J/N.....  
Worden uw sportprestaties beïnvloed door de menstruatiecyclus? J/N.....

Ingevuld door.....Datum,.....

Handtekening.....