

Naam:

Geboortedatum:

## Medische vragenlijst jonger dan 40 jaar

Graag voorzijde thuis invullen en ondertekenen

<b>Reden keuring</b>					
Sport (en)					
Totaal aantal uren sport per week	0 - 3	3 - 6	6 - 10	> 10	
Totaal aantal jaren sport	1 - 2	2 - 4	4 - 6	> 6	
<b>Algemene vragen</b>				<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
Bent u ooit geopereerd? Zo ja, waaraan, wanneer en waar?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens een blessure gehad aan het bewegingsapparaat waardoor u niet in staat was te sporten? Zo ja, welke?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u andere (nog niet genoemde) ziekten, afwijkingen of aandoeningen? Zo ja, welke en kunt u daardoor sommige sporten niet uitoefenen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rookt u?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u ooit afgekeurd of voorbehouden goed- of afgekeurd bij een keuring?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Familiaire vragenlijst (naaste familieleden: vader, moeder, broers, zussen, ooms, tantes, opa's en oma's)</b>				<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar plots en onverwachts overleden? Indien ja, wie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar behandeld voor regelmatig flauwvallen? Indien ja, wie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar met onverklaarde trekkingen? Indien ja, wie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar tijdens het zwemmen onverklaard verdronken? Indien ja, wie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar onverklaard verongelukt in het verkeer? Indien ja, wie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar met een harttransplantatie? Indien ja, wie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar met een pacemaker of ICD (inwendige defibrillator) implantatie? Indien ja, wie?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar behandeld voor een onregelmatige hartslag? Indien ja, wie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand jonger dan 50 jaar aan het hart geopereerd? Indien ja, wie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand overleden aan wiegendood? Indien ja, wie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij u in de familie iemand met het syndroom van Marfan of een H(O)CM (hypertrofische cardiomyopathie)? Indien ja, wie? Is hier genetisch onderzoek naar verricht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondertekening patiënt:  Datum :  Handtekening :		
<b>Invullen sportarts tijdens consult</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
Is er anamnestic sprake van relevante cardiale afwijkingen? (Collaps, Duizeligheid, Palpitaties, POB, HT, HC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er anamnestic sprake van relevante pulmonale afwijkingen? (Hoesten bij inspanning, Piepen, Inspanningsgebonden dyspnoe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er sprake van een relevante positieve familieanamnese voor coronairlijden? (Eerste graads of meerdere tweede en derde graads familieleden; vrouwen < 65 jaar, mannen < 55 jaar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er sprake van een relevante positieve familieanamnese voor een plotselinge hartdood? (Eerste graads of meerdere tweede en derde graads familieleden; < 50 jaar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>