

Documentnaam	Intakevragenlijst Medische Training
Documentcode	RFM-IMT-V2.0-okt-2008
Type document	Registratieformulier
KHB hoofdstuk	3.5.2



# Praktijk voor Fysiotherapie en Manuele Therapie

's-Gravenpolder en omstreken

## Intakevragenlijst Fitness

---

Voornaam	.....	Voorletters	.....
Tussenvoegsel	.....	Geboortedatum	- - 19
Achternaam	.....	Geslacht	<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> V
Adres + huisnr.	.....	Tel. Privé	-
Postcode	.....	Tel. Werk	-
Plaats	.....	Tel. Mobiel	-
		E-mail adres	.....
Gewicht	kg	Lengte	cm.

### Privacy

Alle gegevens die u op deze intake vragenlijst vermeldt en alle antwoorden die u op de gestelde vragen geeft, worden binnen dit centrum 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. Wanneer u klaar bent met invullen kunt u de vragenlijst samen met het antwoordformulier inleveren.

---

Komen of kwamen er in uw naaste familie (ouders, broers, zusters) voor het zestigste levensjaar de volgende aandoeningen voor?	Hart- en vaatziekten.....	1 <input type="checkbox"/>
	Hoge bloeddruk.....	2 <input type="checkbox"/>
	Hersenbloeding.....	3 <input type="checkbox"/>
Zo ja, bij welk familielid? .....		
.....		
Heeft u op dit moment klachten over uw gezondheid? .....		4 <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke? .....		
.....		

Bent u onder behandeling van?	De huisarts.....	5 <input type="checkbox"/>
	De specialist.....	6 <input type="checkbox"/>
	De fysiotherapeut.....	7 <input type="checkbox"/>
Waarom bent u onder behandeling (alleen indien van toepassing)?.....		
.....		
Bent u ooit om medische redenen afgekeurd?.....		8 <input type="checkbox"/>
Zo ja, voor welke aandoening?.....		
.....		
Gebruikt u medicijnen wegens de volgende aandoeningen?	Zo ja, welke en in welke dosering?	
Hoge bloeddruk.....	.....	9 <input type="checkbox"/>
Hartaandoeningen.....	.....	10 <input type="checkbox"/>
Longaandoeningen.....	.....	11 <input type="checkbox"/>
Reumatische aandoeningen.....	.....	12 <input type="checkbox"/>
Suikerziekte.....	.....	13 <input type="checkbox"/>
T.b.v. Bloedverdunding.....	.....	14 <input type="checkbox"/>
Cholesterol.....	.....	14a <input type="checkbox"/>
Andere aandoeningen nl:.....	.....	
<hr/>		
Heeft u regelmatig last van	Hartkloppingen.....	15 <input type="checkbox"/>
	Onregelmatige hartslag.....	16 <input type="checkbox"/>
	Overslaan van het hart.....	17 <input type="checkbox"/>
Bent u hiervoor wel eens onderzocht door een arts?.....		18 <input type="checkbox"/>
Zo ja, wat was de diagnose?.....		
.....		
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   
 Zo ja, waarvoor en wanneer?.....

Heeft u bij inspanning wel een last van de aandoeningen waarvoor u geopereerd bent?..... 44

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 één van de volgende gewrichten/spieren?	Enkels.....	52 <input type="checkbox"/>
	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

Heeft u last van uitstralende pijn vanuit uw rug naar armen en/of benen? In de armen..... 66   
 In de benen..... 67

Heeft u andere klachten (behalve de hierboven genoemde) die u beperken in uw dagelijkse functioneren?..... 68   
 Zo ja, welke?.....

Heeft u andere klachten (behalve de hierboven genoemde) die u beperken bij verhoogde belasting? 69   
Zo ja, welke? .....

Is u wel eens geadviseerd een bepaalde belasting niet te ondergaan, dan wel te voorkomen? 69a   
Zo ja, door wie is dit geadviseerd en op welke belasting werd geduid? .....

Doet u momenteel aan sport? Nee, al meer dan 5 jaar niet meer..... 70   
Nee, ik ben korter dan 5 jaar geleden gestopt..... 71   
Ja, maar niet regelmatig..... 72   
Ja, gemiddeld 1 maal per week..... 73   
Ja, meer dan 1 maal per week..... 74

---

Indien u sport, onder welke categorie valt dan uw sportbeoefening? Duursport, zoals joggen, wandelen, fietsen, roeien, aerobics..... 75   
Snelsport, zoals voetbal, volleybal, hockey, basketbal..... 76   
Racketsport, zoals tennis en squash..... 77   
Overige sporten, zoals gymnastiek, fitness..... 78

Hoe schat u uw conditie in? Slecht..... 79   
Matig..... 80   
Redelijk..... 81   
Goed..... 82   
Zeer goed..... 83

Wat is de belangrijkste reden waarom u gaat deelnemen? Inzicht in omgaan met klachten..... 84   
Preventieve training voor a-specifieke vermoeidheid. 85   
Preventieve training voor ademhaling 85a   
Preventieve training voor spieren en gewrichten 85b   
Preventieve training voor stress 85c   
Preventieve training voor diabetes 85d   
Preventieve training voor hart en vaten 85 e   
Preventieve training voor overgewicht 85f   
Verbeteren algemene conditie..... 86   
Verbeteren algemeen belastbaarheid..... 87   
Verbeteren lokale spierkracht..... 88   
Plezier in bewegen..... 89

---

### Aansprakelijkheid

Het deelnemen aan activiteiten van onze groepsfitness en zelfstandige fitness geschiedt geheel voor eigen risico. Wij besteden veel zorg aan een persoonlijke en professionele begeleiding voor u. Maar dit centrum en de medewerkers kunnen 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 dit centrum toestemming om de medische informatie op te vragen bij zijn of haar bekende specialist.

---

**Wilt u deze medische vragenlijst –ingevuld en ondertekend- aan de trainer geven of meesturen met uw inschrijfformulier?**

---

Datum: .....

Handtekening: .....