

SPORT WERKT !

Voorletters + achternaam	_____	datum	_____
Geboortedatum	_____	opleiding/beroep	_____
Straat + nummer	_____	telefoon	_____
Postcode + woonplaats	_____	mobiel	_____
Verzekering	_____	polis/relatie nr.	_____
Huisarts naam	_____	BSN nr.	_____
Aandachtspunten	_____		

Land van herkomst ? Nederlands anders, namelijk: _____
 Hoe lang bent u al in Nederland ? _____

Rookt u ? nooit gerookt nee, gestopt sinds: _____ ja, aantal/dag: _____

Drinkt u alcohol ? nooit ja, aantal/dag: _____

Met welke hand schrijft u ? rechts links

Hoeveel wandelt u per dag ? _____ min

Hoeveel fietst u per week ? _____ uur

Doet u aan sport ? nee ja, wat ? hoeveel uur/week ? _____

Heeft u klachten op dit moment ? nee ja, waarvan ? _____

Bent u ooit geopereerd ? nee ja, wanneer ? waarvoor ? _____

Heeft u ooit wat gebroken ? nee ja, wat ? _____

Bent u allergisch ? nee ja, waarvoor _____

Gebruikt u medicijnen ? nee ja, welke ? _____

Zitten er hartproblemen in de *familie* ? nee ja, wie, hoe oud ? _____

Zit er suikerziekte in de *familie* ? nee ja, wie, hoe oud ? _____

Zit er hoge bloeddruk in de *familie* ? nee ja, wie, hoe oud ? _____

Zit er hoog cholesterol in de *familie* ? nee ja, wie, hoe oud ? _____

Heeft uzelf	nee	ja	nee	ja	nee	ja
Pijn op de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lage bloeddruk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Flauwvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hoog cholesterol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hartproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	suikerziekte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epilepsie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Soms moeite met ademen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	leverproblemen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Longproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nierproblemen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
steunzolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Alles ingevuld ? Lever het formulier in bij de balie