

Gezondheidsverklaring

FysioFitness



Naam: _____
Adres: _____
PC, Plaats: _____
Geb. Datum: _____
Telefoon: _____
Beroep: _____

Hofstra Fysiotherapie
Oosterkampen 1b
9481 AK Vries
Telefoon: 0592-542729
Fax: 0592-542453
www.hofstrafysiotherapie.nl

Onderstaande vragen invullen. Daarna afdrucken en ondertekenen.

1. Gezondheid.

- Hoe schat u uw gezondheid in?

- Slecht
 Normaal
 Goed

2. Familiegegevens.

- Komen in uw naaste familie ernstige aandoeningen voor zoals:

- hart en vaat ziektes Ja Nee
hoge bloeddruk Ja Nee
suikerziekte Ja Nee
reumatische aandoeningen Ja Nee
Anders, nl _____

3. Algemene gegevens.

- Heeft u nu klachten over uw gezondheid?

- Ja Nee

- Bent u nu onder behandeling van huisarts, specialist of fysiotherapeut?

- Ja Nee

Zo ja, wie en waarvoor? _____

- Heeft u ooit langer dan 4 weken niet kunnen werken, studeren of sporten wegens:

- spier-gewrichtsklachten Ja Nee
Een ongeval Ja Nee
ziekte Ja Nee
Een operatie Ja Nee
Een blessure Ja Nee

- Gebruikt u medicijnen?

- Ja Nee

- Bent u op medische gronden wel eens gekeurd?

- Ja Nee

Zo ja, waarvoor? _____

- Heeft u wel een last van:

- Hartkloppingen Ja Nee
Onregelmatige hartslag Ja Nee
Kortademigheid Ja Nee
Piepen op de borst Ja Nee
Benauwdheid Ja Nee

- Heeft u regelmatig maag of buik klachten?

- Ja Nee

- Zijn uw voeten 's avonds regelmatig gezwollen?

- Ja Nee

- Bent u regelmatig duizelig?

- Ja Nee

- Bent u wel eens buiten bewustzijn geweest?

- Ja Nee

- Bend u regelmatig oververmoeid en/of lusteloos?

- Ja Nee

- Heeft u moeite uw evenwicht te bewaren?

- Ja Nee

Gezondheidsverklaring

FysioFitness



- Bent u vaak verkouden? Ja Nee

- Hoest u veel? Ja Nee

- Heeft u één van de volgende aandoeningen (gehad?)

Hartaanval Ja Nee

Pijn op de borst Ja Nee

Hartaandoening Ja Nee

Hoge bloeddruk Ja Nee

Reumatische aandoeningen Ja Nee

Suikerziekte Ja Nee

Geelzucht Ja Nee

Problemen met de ingewanden Ja Nee

Astma Ja Nee

Bronchites, hooikoorts of allergie Ja Nee

Zo ja, waarvoor: _____

- Heeft u minder dan 4 weken geleden koorts gehad? Ja Nee

Zo ja, a.g.v.: _____

- Heeft u wel eens een operatie ondergaan? Ja Nee

Zo ja, welke en wanneer? _____

- Heeft u een klacht of aandoening die niet is genoemd? Ja Nee

Zo ja, welke: _____

4. Levensstijl

- Rookt u regelmatig: Ja Nee

Zo ja, hoeveel: _____

- Gebruikt u regelmatig alcoholhoudende dranken? Ja Nee

- Bent u de laatst jaren met meer dan 5 kg aangekomen? Ja Nee

- Bent u de laatst jaren ongewild meer dan 5 kg afgevallen? Ja Nee

- Volgt u een bepaald dieet? Ja Nee

Zo ja, welke: _____

- Bent u regelmatig lichamelijk actief? Ja Nee

Zo ja, hoe vaak en hoelang: _____

- Hoe schat u uw conditie in: Slecht

Matig

Gemiddeld

Goed

Zeer goed

5. Sportachtergrond

- Welke sport beoefend u nu: _____

Op welk niveau _____

- Welke sport heeft u ooit beoefend _____

Op welk niveau _____

Waarom bent u gestopt _____

Geen Sportachtergrond

Gezondheidsverklaring

FysioFitness



6. Eventuele klachten bij of na sportbeoefening.

- Heeft u überhaupt klachten tijdens of na het sporten? Ja Nee

Zo ja, wat voor klachten?: _____

- Heeft u nog ander klachten? Ja Nee

Zo ja, wat voor klachten?: _____

7. Wat hoopt u te bereiken door middel van Fysio-Fitness (doel)?

Aldus bovenstaande naar waarheid ingevuld en akkoord met de algemene voorwaarden.

Datum:

Vergeet niet na het afdrukken het formulier te tekenen!

Ondertekend door

(evt. ondertekend door arts)