

Naam:				
Geboortedatum:				
Reden keuring:				
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

ANAMNESE	JA	NEE
Heeft u op dit moment een blessure, of heeft u in het verleden blessures gehad waardoor u niet in staat was te sporten? (Zo ja, wat voor blessure(s) en wanneer?)		
Heeft u weleens druk of pijn op de borst tijdens of na de inspanning?		
Heeft u weleens problemen met de ademhaling of hoesten tijdens of na de inspanning?		
Bent u in het verleden behandeld of opgenomen voor astma?		
Bemerkt u weleens een extreme vermoeidheid die niet past bij een normaal inspanningsniveau?		
Heeft u weleens bemerkt dat het hart onregelmatig klopt, slagen overslaat, of op hol slaat?		
Zijn er ooit hartritmestoornissen bij je vastgesteld?		
Bent u weleens duizelig geworden of flauwgevallen tijdens inspanning?		
Bent u weleens bewusteloos geraakt tijdens of direct na inspanning?		
Heeft u in het verleden weleens een aanval van epilepsie gehad?		
Heeft u een hartruis?		
Is er in het verleden weleens tegen u gezegd dat u moest stoppen met sport in verband met een hartziekte?		
Is er bij u nog een ander hartprobleem bekend?		
Bent u ooit afgekeurd bij een keuring? Zo ja, waarom?		

Heeft u een lange periode van koorts, griep of een ernstige virusinfectie gehad (myocarditis, Pfeiffer)?		
Bent u ooit geopereerd? (Zo ja, waaraan, wanneer en waar?)		
Heeft u of wordt u behandeld voor een hoge bloeddruk?		
Heeft u of wordt u behandeld voor een hoog cholesterol?		
Heeft u of wordt u behandeld voor suikerziekte?		
Heeft u andere (nog niet genoemde) ziekten, afwijkingen of aandoeningen? Zo ja, welke?		
Heeft u een allergie? Zo ja, welke?		
Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke?		
Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel eenheden per week?		
Rookt of vapet u, of heeft u dit in het verleden gedaan? Zo ja, hoe lang en hoeveel?		
Heeft u een specifiek dieet of voedingsgewoontes? (Denk aan veganistisch/vegetarisch, koolhydraatarm, intermitterend fasting etc) Zo ja, graag toelichten?		
Gebruikt u vitamines / supplementen of andere preparaten? Zo ja, welke?		

FAMILIE ANAMNESE * onder familie worden naaste familieleden bedoeld, maar ook ooms en tantes	JA	NEE
Is er bij u in de familie* iemand op jongere leeftijd (mannen < 55 jaar, vrouwen < 60 jaar)		
1. plots en onverwacht overleden?		
2. tijdens het zwemmen onverklaard verdronken?		
3. met een onverklaard ongeluk in het verkeer?		
4. met een hoge bloeddruk?		
5. die behandeld wordt voor hartklachten?		
6. met een hartinfarct of 'pijn op de borst'?		
7. die gedotterd is?		
8. die aan het hart (hartkleppen of bypass) geopereerd is?		
9. behandeld voor regelmatig flauwvallen of duizeligheid?		
10. behandeld wordt voor een onregelmatige hartslag?		
11. die een pacemaker of een defibrillator heeft?		
12. met onverklaarde trekkingen?		
13. die een hartspierziekte heeft?		
14. geopereerd voor een aangeboren hartafwijking?		
15. die een harttransplantatie heeft of zal krijgen?		
16. overleden aan wiegendood?		
17. met het syndroom van Marfan?		

Ondertekening:

Datum: ..... / ..... / .....

Handtekening: .....