

Voorletters _____ Achternaam _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode _____ Plaats _____

Telefoonnr _____ E-mail _____

Huisarts _____ Telefoonnr _____

- Heeft u op dit moment klachten aan uw bewegingsapparaat? Zo ja, wat houden deze klachten in?

- Bent u op dit moment onder behandeling van een fysiotherapeut? Zo ja, voor welke klacht?

- Heeft u een voorgeschiedenis van operaties, trauma's of ernstige ziektebeelden? Zo ja, welke?

- Heeft u op dit moment problemen met betrekking tot (aankruisen):

- Diabetes (suikerziekte)
- Hart- en vaatzieken
- Hoge bloeddruk
- Reumatische klachten
- Artrose
- Neurologische klachten (bijv. een CVA /TIA)
- Andere gezondheidsproblemen, zo ja welke? _____

- Gebruikt u op dit moment medicijnen? Zo ja welke?

- Doet u op dit moment aan beweging en/of sport? Zo ja, hoe vaak en welke activiteit?

- **Rookt u? Zo ja, hoeveel per dag?**

- **Drinkt u? Zo ja hoeveel gemiddeld per week?**

- **Heeft u last van overgewicht?**

- **Heeft u bijzondere eetgewoonten?**

- **Wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot de medische fitness?**

- Opbouw van mijn uithoudingsvermogen / conditieverbetering
- Opbouw van spierkracht
- Afvallen
- Soepele gewrichten krijgen
- Onderhoud c.q. verbeteren van mijn fysieke gesteldheid
- Opbouw van de belastbaarheid
- Gezellig bewegen
- Andere reden _____

Onderstaande gegevens worden ingevuld samen met uw fysiotherapeut

- **Wat zijn uw trainingsdoelen?**

Lengte	
Gewicht	
BMI	
Vetpercentage	
VO2 max	
Astrand test	
6 minuten wandeltest	
Aanvullende onderzoeken spierkracht	
Peak flow	
Overige tests	