

Vragenlijst Intake Spinning

Persoonlijke gegevens	Inschrijfnummer: - Datum: Naam: Voornamen: Straatnaam: Postcode en plaats: Tel. Thuis: Tel. Werk: E-mail adres: Geboortedatum: Man / Vrouw Trainingsdag: Ma / Di / Wo / Do Trainingstijd: Hoe bij MTC gekomen:
Familiegegevens	Komen de volgende aandoeningen voor in de familie (vader, moeder, broer, zus)? <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk <input type="checkbox"/> Longaandoening <input type="checkbox"/> Hersen- of hartinfarct <input type="checkbox"/> Maag- of darmziekten <input type="checkbox"/> Verhoogd vetgehalte <input type="checkbox"/> Stofwisselingsziekte <input type="checkbox"/> Suikerziekte <input type="checkbox"/> Kanker <input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekten <input type="checkbox"/> Gal- of leveraandoeningen <input type="checkbox"/> Bloedziekten <input type="checkbox"/> Cystennier <input type="checkbox"/> Anders:
Algemene vragen	Voelt u zich tegenwoordig gezond? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Kunt u zich goed lichamelijk inspannen, zoals trappen lopen, hardlopen, sporten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Is uw gewicht de laatste tijd aanzienlijk veranderd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Bent u onder controle van een arts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, bij wie en waarvoor?
Gewoonten	Rookt u of heeft u gerookt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, hoeveel en sedert welke leeftijd? Gebruikt u alcoholische dranken <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Gebruikt u geneesmiddelen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, welke? Doet u aan sport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Trimmer / Amateur / Semi-professioneel / Professioneel Hoeveel uur per week besteedt u aan sport? Drinkt u koffie of thee? (meer dan 8 koppen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Verricht u zwaar lichamelijk werk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Verricht u psychisch belastend werk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Vindt u dat u voldoende ontspanning heeft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Vroegere ziekten of operaties	Welke ziekten heeft u de laatste tijd (ca 1 jaar) gehad? Welke operaties heeft u recent ondergaan?
Psychische toestand	Slaapt u goed? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee Bent u 's morgens uitgerust? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee Bent u neerslachtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee

	Kunt u zich goed concentreren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee Bent u vergeetachtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee Is uw eetlust afgenomen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee
Zenuwstelsel	Heeft u last van: Hoofdpijn <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee Duizeligheid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee Flauwvallen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee Zenuwachtigheid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee Tintelingen of doof gevoel in handen of voeten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee
Luchtwegen	Heeft u klachten van de longen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, welke klachten heeft u?
Hart en bloedvaten	Is er ooit een verhoogde bloeddruk geconstateerd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Heeft u pijn op de borst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee Heeft u hartkloppingen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee Heeft u pijn in de benen met lopen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee
Spieren en gewrichten	Heeft u gewrichtsklachten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Heeft u rugklachten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee Heeft u heup- of knieklachten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee Heeft u schouder- of nekklachten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee Heeft u last van de elleboog? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vaak <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Nee
Overigen	
	<i>Conditietest en trainingsdoelen worden ingevuld door medewerker van MTC tijdens afname intake.</i>
Conditietest	Lengte: cm. Vetpercentage: % Bloeddruk: / Gewicht per vetperc.: Kg. Rhf: VO2 max: Gewicht: Kg.
Trainingsdoelen	
Evaluatie-momenten	Datum: Bijzonderheden: Datum: Bijzonderheden: Datum: Bijzonderheden: