



Beste ouders,

Gefeliciteerd met de keuze om uw kind te laten sporten!

Om onderliggende medische problemen op te sporen en risico's te vermijden, is het aangeraden om bijgevoegde vragenlijst samen met uw kind nauwkeurig in te vullen.

Wordt er op één of meerdere van de vragen met "JA" geantwoord, raadpleeg dan uw huisarts.

Met dank voor uw medewerking,

Het Sportmedisch Centrum Roeselare

Huisartsenvereniging Midden West-Vlaanderen

Heilig-Hartziekenhuis Roeselare-Menen

Stedelijk Ziekenhuis Roeselare

Vragenlijst

Is uw kind sneller vermoeid dan zijn medespelers tijdens de sportactiviteit?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Is uw kind ooit duizelig geworden of flauwgevallen tijdens of na inspanning?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Heeft uw kind ooit hartkloppingen of ritmestoornissen gehad?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Heeft uw kind ooit een plotse hartslagversnelling of pijn in de borststreek gevoeld tijdens of na inspanning?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Heeft men u ooit gezegd dat uw kind een hartgeruis of hoge bloeddruk had?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Overleed een familielid aan een plotse dood voor de leeftijd van 50 jaar?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Heeft uw kind in de laatste maanden een ernstige virale infectie doorgemaakt (bv. hartspierontsteking of klierkoorts)?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Heeft uw kind ooit last gehad van hoesten, kortademigheid of andere ademhalingsstoornissen tijdens of na inspanning?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Heeft uw kind astma?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Heeft uw kind een allergie (bv. tegen pollen, medicatie, voeding of insecten)?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Heeft uw kind ooit huiduitslag of jeuk ontwikkeld tijdens inspanning?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Heeft uw kind ooit voosheid of tintelingen gehad in handen of voeten?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Heeft uw kind ooit een ernstig hoofdletsel of hersenschudding gehad?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Heeft uw kind ooit een epilepsieaanval (vallende ziekte) gehad?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Heeft uw kind frequente of ernstige hoofdpijnen?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Is uw kind recent geblesseerd geweest?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Wordt uw kind tijdens trainingen en wedstrijden regelmatig gehinderd door lichamelijke klachten?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Wil uw kind meer of minder wegen dan tegenwoordig het geval is?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Neemt uw kind medicatie? Gebruikt uw kind een inhalator? Neemt uw kind Rilatine?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------

Lijdt uw kind aan een chronische aandoening? Heeft een arts de beoefening van sport ooit verboden of beperkt?

NEEN	JA	Licht toe:
------	----	------------