

- Test
- Incasso
- Logifit
- Pas

Intakeformulier FysioFit



Voornaam	Voorletters
Achternaam	M/V
Adres	Geb. datum
Woonplaats	Postcode
Tel nr	Mobiel
Email	

Intake uitgevoerd door:
Paul / Andrès / Femke / Ariane / Florian / Gerrie / Jörnann

Doelstelling:

Wat wilt u met FysioFitness bereiken?

.....

.....

.....

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Algemene conditie | <input type="checkbox"/> Afvallen |
| <input type="checkbox"/> Kracht | <input type="checkbox"/> Lekker in mijn vel zitten |
| <input type="checkbox"/> Preventie klachten | <input type="checkbox"/> Anders, nl:..... |

VAS conditie: | _____ |

VAS alg. welbevinden: | _____ |

Hoeveel dagen per week wilt u komen trainen? 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6
Hoe wilt u dat gaan realiseren?

Algemene gezondheid:

Gebruikt u op dit moment medicijnen? ja/nee
Zo ja, welke medicijnen en waarvoor?

.....

.....

Bent u onder controle bij een arts of specialist? ja/nee
Zo ja, waarvoor?

.....

Heeft u in het afgelopen jaar een operatie ondergaan? ja/nee
Zo ja, wat voor een operatie?

.....



Heeft u op dit moment / de afgelopen tijd last gehad van:

- | | |
|------------------------------------|--------|
| 1) pijn op de borst bij inspanning | ja/nee |
| 2) onregelmatige hartslag | ja/nee |
| 3) hartkloppingen | ja/nee |
| 4) benauwdheid/kortademigheid | ja/nee |
| 5) duizeligheid | ja/nee |
| 6) suikerziekte | ja/nee |
| 7) hyperventilatie | ja/nee |
| 8) epilepsie | ja/nee |
| 9) spanningsklachten | ja/nee |
| 10) algehele vermoeidheid | ja/nee |

Is uw bloeddruk afwijkend?	ja/nee
Volgt u een dieet?	ja/nee
Zo ja, wat voor een dieet?	

.....	
Rookt u?	ja/nee
Zo ja, hoeveel sigaretten per dag?	

.....	
Drinkt u alcohol?	
Zo ja, hoeveel glazen per dag?	
.....	

Zijn er nog andere problemen met uw gezondheid die niet in bovenstaande vragen ter sprake zijn gekomen en die van invloed kunnen zijn tijdens het sporten?	ja/nee
Zo ja, welke?	
.....	
.....	

Werk:

Functie/soort werk :
.....

Aantal uren per week:
.....

Wisseldienst :	ja/nee
Fysieke belasting:	licht / middel / zwaar
Repeterende bewegingen:	ja/nee
Ervaart stress van uw werk?	ja/nee



Sport:

Welke sport(en) doet u op dit moment?

.....
.....

Hoelang doet u dit al?

.....

Hoeveel keer per week traint u / speelt u een wedstrijd?

.....

Klachten:

Heeft u op dit moment fysieke klachten?

ja/nee

Zo ja, welke?

.....

Heeft u de afgelopen jaren fysieke klachten gehad?

ja/nee

Zo ja, welke?

.....

Wat is/was hiervan de oorzaak?

.....

VAS pijn:

| _____ |

VAS participatie:

| _____ |

Opmerkingen / bijzonderheden:

.....
.....
.....

Verklaring eigen risico:

Ondergetekende verklaart bovenstaande naar waarheid te hebben ingevuld en zal voor eigen risico deelnemen aan de lessen / vrij trainen bij FysioFit Schellingwoude.

Ook zal ik de aanwijzingen voor het correct gebruik van de apparatuur zo goed mogelijk opvolgen en ben zelf verantwoordelijke voor eventuele (persoonlijke) schade door onjuist gebruik.

Handtekening:

Datum:

Plaats:

.....

...../...../.....

.....