

Intakeformulier

Geslacht : Man / Vrouw / Anders, namelijk

Achternaam :

Voornaam/-namen :

Adres :

Postcode :

Woonplaats :

Telefoonnummer :

E-mailadres :

Geboortedatum :

Beroep / Studie :

Sporten :

Medische risicoanalyse

Dominante zijde? Linkshandig / Rechtshandig / Beiden even vaardig

Covid-19 vaccin? Nee / Ja, namelijk (merk):

Hoge bloeddruk? Nee / Nee / Onbekend / Niet meer sinds ik medicatie hiervoor gebruik

Lage bloeddruk? Nee / Ja / Onbekend

Last van flauwvallen? Nee / Ja / Onbekend

Medicatiegebruik? Nee / Ja, namelijk

Aandoeningen? Nee / Ja, namelijk

Anti-depressiva? Nee / Ja / Langer dan 21 dagen geleden

Antibiotica? Nee / Ja / Langer dan 21 dagen geleden

Pacemaker aanwezig? Nee / Ja

Trombose? Nee / Ja

Allergieën? Nee / Ja, namelijk

Pijnstillers gebruikt? Nee / Ja

Koorts/Griep? Nee / Ja / Nee, maar wel in de afgelopen 72 uur gehad

Spataderen? Nee / Ja

Zwanger? Nee / Ja / Niet van toepassing

Ontstekingen? Nee / Ja, namelijk

Opmerkingen?

.....

