

MEDISCHE SCREENING PARK FC HOUTHALEN

NAAM & VOORNAAM SPELER :

GEBORTE DATUM SPELER :

BLOEDGROEP (indien gekend) :

GELIEVE VOLGENDE VRAGENLIJST ZO CORRECT MOGELIJK IN TE VULLEN

LIJD OF LEED JE AAN EEN BEPAALDE AANDOENING : vb. epilepsie, diabetes, astma, hoge bloeddruk, e.d..

indien JA, hieronder de aandoening noteren

HEEFT U BEPAALDE ALLERGISCHE REACTIES : vb. pollen, medicatie, insekten, voeding, e.d...

indien JA, aard van allergie en eventuele mogelijke behandeling beschrijven

HEEFT U IN HET VERLEDEN OOI EEN ZWARE BLESSURE OPGELOPEN : vb breuk, spierscheur, e.d...

indien JA, aard van blessure beschrijven

HEEFT U IN HET VERLEDEN OOI ANDERE MEDISCHE INGREPEN ONDERGAAN

indien JA, aard van ingreep beschrijven

Heb je ooit een hersenschudding gehad

JA

Heb je ooit een hoofd- of nekletsel gehad

JA

Heb je ooit een rugletsel gehad

JA

NEE

NEE

NEE

NEEMT U BEPAALDE MEDICATIES

indien JA, gelieve de soort van medicatie te beschrijven

ZIJN ER MOGELIJK ANDERE MEDISCHE AANDOENINGEN, LETSELS OF INGREPEN DIE WIJ HOREN TE WETEN

indien JA, gelieve een beschrijving hiervan te geven