

Medische vragenlijst



Naam:

Geboortedatum:

	Ja	Nee	n.v.t.	Toelichting
Heeft u gezondheidsproblemen				
Heeft u in de afgelopen 6 maanden een operatie ondergaan				
Heeft u het afgelopen jaar een blessure gehad				
Gebruikt u medicatie				
Heeft u een verhoogde bloeddruk				
Bent u bekend met hartafwijkingen en/of hartfalen				
Is er bij u epilepsie – astma – bronchitis of diabetes vastgesteld				
Bent u in de afgelopen 6 maanden bevallen				
Bent u onder behandeling van een arts, fysiotherapeut of psycholoog				
Heeft u aanvullende informatie die u graag wilt delen				

Ondergetekende weet dat hij/zij geheel op eigen risico deelneemt aan de activiteiten van FYSIEK fitness en dat de kosten van enig ongeval of letsel geheel door hem/haar worden gedragen. De deelnemer is zich ervan bewust dat het uitoefenen van sportactiviteiten risico's met zich meebrengt en dat hij/zij eventuele (vervolg)schade die ten gevolge van deelnemen kan ontstaan, voor eigen risico is. Tevens zal de deelnemer FYSIEK fitness vrijwaren voor aanspraak van derden. In geval van twijfel over het veilig afleggen van een inspanningstest, zullen wij u eerst vragen om contact op te nemen met uw huisarts en/of medisch specialist.

Alle door u verstrekte gegevens worden vertrouwelijk opgeslagen en zullen zonder uw expliciete toestemming niet ter beschikking worden gesteld aan derden. Wij respecteren alle voorwaarden die de privacywetgeving in deze aan ons stelt.

Naar waarheid ingevuld op:

Handtekening: