

# PAR-Q

VOOR PERSONAL TRAINING

Physical Activity Readiness Questionnaire



Heeft een arts ooit hartproblemen/ hartafwijkingen geconstateerd?	
Heeft u pijn op de borst bij fysieke inspanning?	
Heeft u pijn op de borst gehad terwijl u geen fysieke inspanning leverde?	
Heeft u weleens last van flauwtes, duizeligheid of het verlies van bewustzijn?	
Heeft u skelet en/of gewrichtsproblemen die door fysieke activiteit kunnen verergeren?	
Gebruikt u medicatie in verband met bloeddruk en/of hartproblemen?	
Bent u op de hoogte van andere redenen waarom u geen fysieke activiteiten zou mogen uitvoeren?	

Heeft u (aangeboren) lichamelijke afwijkingen of beperkingen?	
Heeft u ooit botbreuken, dislocaties, spierscheuringen/ zweepslag, gescheurde en/of verrekte gewrichtsbanden opgelopen?	
Bent u in de laatste 3 jaar in het ziekenhuis opgenomen geweest?	
Bent u ooit geopereerd waardoor u mogelijke bewegingsbeperkingen zou kunnen hebben?	
Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke?	

Heeft u astma/ ademhalingsproblemen, hyperventilatie of andere problemen met de luchtwegen?	
Heeft u diabetes? Zo ja, type 1 of 2?	
Rookt u?	
Ervaart u stress in werk en/of privéleven?	
Slaapt u goed en regelmatig?	
Heeft u fysiek zwaar of eenzijdig werk?	
Overige contra indicaties/ blessures	

Ik verklaar dat ik dit formulier naar waarheid heb ingevuld.

Naam

Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Handtekening