Naam: Voornaam:

Geboortedatum: Geslacht:

Adres: Gemeente:

Tel./gsm-nr.:

E-mailadres:

Sport en discipline(s):

Gemiddeld aantal uren training per week:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Altijd/meestal  toujours/ généralement oui | Soms  Parfois | Neen  Non |
| 1 | Heeft u 3 of meer dagen per maand buikpijn of een onaangenaam gevoel in de buik? |  |  |  |
| 2 | Heeft u deze klachten reeds gedurende de laatste 3 maanden of langer? |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 3 | Verbeteren uw klachten na ontlasting? |  |  |  |
| 4 | Gaan uw klachten gepaard met wijzigingen in de frequentie van uw stoelgang (meer/minder)? |  |  |  |
| 5 | Gaan uw klachten gepaard met wijzigingen in de vorm/consistentie van uw stoelgang (zachter, harder, dunner…)? |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 6 | Hinderen de buikklachten u soms tijdens het sporten? |  |  |  |
| 7 | Hinderen de buikklachten u soms na het sporten ? |  |  |  |

Vragen of opmerkingen:

Formulier ingevuld terug opsturen naar glenn.valentin@ugent.be