Naam: Voornaam:

Geboortedatum: Geslacht:

Adres: Gemeente:

Tel./gsm-nr.:

E-mailadres:

Sport en discipline(s):

Gemiddeld aantal uren training per week:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Altijd/meestaltoujours/ généralement oui | SomsParfois | NeenNon |
| 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