



## Medische informatie

Deze informatie zal door YAR Vlaanderen als vertrouwelijk behandeld worden.

Naam:.....

### Contacteren in noodgevallen

Gelieve de naam en contactgegevens in te vullen van de persoon die dient verwittigd te worden in een noodgeval

Naam: \_\_\_\_\_  
Verwantschap: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefoon thuis: \_\_\_\_\_  
Telefoon werk: \_\_\_\_\_  
Mobiele telefoon: \_\_\_\_\_

### Dieet

Heeft u specifieke wensen betreffende de maaltijden, dieetvoeding? Ja / Nee

Welke: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

## FYSISCHE CONDITIE

Het YAR programma omvat, zowel tijdens de residentiële fase als tijdens het vervolgtraject, een aantal fysieke activiteiten. Vandaar dat we deze vragenlijst erg zinvol vinden.

Indien u "ja" antwoordt op één van onderstaande vragen, gelieve bijkomende info neer te schrijven in de voorziene ruimte onder de vragenlijst.

	Ja	Nee
1) Heeft u last van een hartafwijking, hoge bloeddruk op dit ogenblik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Heeft u last gehad van hartafwijkingen in het verleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Heeft u rugklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Heeft u beperking bij het deelnemen aan fysieke activiteiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Heeft u last van chronische aandoeningen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Bent u gehospitaliseerd geweest gedurende de laatste twee jaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Bent u in afwachting van enig medisch onderzoek in de nabije toekomst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Gebruikt u medicatie op dit ogenblik? Zo ja gelieve onderstaande gegevens in te vullen. Naam medicatie: _____ Frequentie: _____ Dosering _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Heeft u een verslaving? Zo ja gelieve onderstaande gegevens in te vullen; Welke: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Heeft u een allergie? Welke: _____ Reactie: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

U kan hier nog bijkomende info kwijt over de vragen waarop u "ja" antwoordde ivm met uw fysieke conditie.

Vraag	Toelichting

### Psychisch functioneren

- |  | Ja                       | Nee                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Bent u ooit in behandeling geweest voor een depressie?<br>Zo ja, wanneer?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Bent u ooit slachtoffer geweest van geweld?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Bent u zelf ooit gewelddadig geweest?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Heeft u ooit psychische problemen gehad?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Bent u ooit in behandeling geweest voor psychische problemen?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Heeft u ooit verbleven in een psychiatrische instelling?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Is er bijkomend belangrijke informatie ivm uw psychisch functioneren?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Heeft u recentelijk professionele bijstand gehad ivm uw psychisch functioneren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

U kan hier nog bijkomende info kwijt over de vragen waarop u "ja" antwoordde ivm met uw psychisch functioneren.

Vraag	Toelichting

### Algemeen

Rookt u?

- Ja
- Nee

Zo ja, hoeveel per dag? .....

Drinkt u alcohol:

- Nooit
- Occasioneel (maandelijks)
- Wekelijks
- Dagelijks

Bent u een sportbeoefenaar?

- Ja
- Nee

Zo ja, welke .....

Hoe vaak?

- Sporadisch
- maandelijks
- wekelijks
- dagelijks