

Startdatum (invullen door docent):

Locatie (invullen door docent):

1 Uw gegevens

Naam

Adres

Postcode + woonplaats

Telefoonnummer

Telefoonnummer
contactpersoon in geval van
nood

Emailadres

Leeftijd

2 Valpreventie

Heeft u moeite met bewegen,
lopen of opstaan?

Ja Nee

Gebruikt u een hulpmiddel bij
het lopen, zoals een stok,
rollator of looprek?

Ja Nee

Bent u het afgelopen jaar
gevallen?

Ja Nee

Bent u bang om te vallen?

Ja Nee

Hoe woont u?

Ik woon samen

Ik woon alleen

Opmerkingen (bijv. ziektes,
aandoeningen, of gebruikt u
medicijnen?)

Hoe wist u dat deze cursus er is?

Volgde u eerder een cursus valpreventie? Zo ja, welke?

- In Balans Otago Zicht op Evenwicht Vallen verleden tijd
 ZekerBewegen Anders, namelijk.....
-

3 Toestemming

Mag GGD Amsterdam uw antwoorden anoniem gebruiken voor onderzoek?

- Ja Nee
-

GGD Amsterdam hoort na de cursus graag hoe het met u gaat. Mag GGD Amsterdam u daarvoor bellen?

- Ja, daarvoor mag GGD Amsterdam mijn contactgegevens ontvangen
 Nee
-

Wilt u de nieuwsbrief van *Laat u niet vallen* ontvangen?

- Ja Nee
-

4 Ondertekening

Graag neem ik deel aan de cursus *In Balans*

- Ja
-

Datum

Handtekening
