

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 *ZekerBewegen*

- ☐ Ja

Datum

Handtekening