

Evaluatieformulier Initiatie valtraining

(voor deelnemers die voor het éérst deze les volgen)

1. Je bent een:

- Man Vrouw

2. Leeftijd: je bent.....jaar

3. Hoe goed vind je jouw gezondheidstoestand in het algemeen?

- Zeer goed Goed Gaat wel Slecht Zeer slecht

4. Heb je angst om te vallen?

- Nooit Soms Vaak Altijd

5. Vermijd je bepaalde activiteiten uit angst om te vallen?

- Nooit Soms Vaak Altijd

6. Hoe vaak ben je gevallen tijdens de voorbije 12 maanden?

Een val is "een onverwachte gebeurtenis waarbij men op de grond, vloer of een lager gelegen niveau terechtkomt."

- Niet Eén maal Twee maal Drie maal of meer

7. Hoeveel uren per week doet U aan sport (inbegrepen fietsen, wandelen...)?

- Geen Minder dan 2u Méér dan 2u

8. Vond je de oefeningen nuttig?

- Ja Neen

9. Vond je de oefeningen plezierig?

- Ja, waarom?
- Neen, waarom niet?

10. Vond je de oefeningen gevaarlijk?

- Ja, waarom?
- Neen

11. Heb je tijdens de oefeningen ongemakken of pijn ervaren?

- Ja, welke ongemakken?
- Neen

12. Ga je de oefeningen ook thuis onderhouden?

- Ja Neen

13. Zou je deelnemen aan een eventuele vervolgsessie van deze initiatie valtraining?

- Ja Neen

14. Heb je nog opmerkingen, aanbevelingen, suggesties?

.....

.....

.....

Bedankt voor jouw medewerking!