



Datum : _____ **INTEVULLEN DOOR KNMV:**
RELATIENUMMER: _____
GELDIGHEID: _____

NAAM : _____
VOORNAMEN : _____
GEBORTE DATUM : _____
STRAAT + HUISNUMMER : _____
POSTCODE + WOONPLAATS : _____
TELEFOON : ☎ prive _____ ☎ werk _____
TAK VAN SPORT : wegrace / motocross / trial / enduro / baansport / supermoto
HUISARTS : _____
LAATSTE KEURING : _____

- | | JA | NEE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Heeft u op dit moment klachten over uw gezondheid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Heeft u ooit een ongeval, blessure of ziekte gehad waarvoor u bij een arts of fysiotherapeut geweest bent? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bent u ooit geopereerd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gebruikt u medicijnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bent u allergisch voor medicijnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Heeft u aanvallen van wegrakingen epilepsie (toevallen), evenwichtsstoornissen of herhaalde flauwtes gehad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Heeft u een afwijking / ziekte van het zenuwstelsel of bent u wegens geestesziekten onder behandeling van een arts (geweest)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Mist u het normale gezichtsvermogen van een of beide ogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Heeft u ooit pijn op de borst, hartkloppingen, hoge bloeddruk of heeft u problemen (gehad) met hart en/of bloedvaten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Heeft u astma, bronchitis of een andere longziekte (gehad)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Heeft u suikerziekte (diabetes)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Heeft u een bloedstollingsziekte / verhoogde bloedingsneiging? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Heeft u klachten (gehad) van de nek / schouder / rug / armen / benen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Heeft u ooit een andere (dus nog niet gevraagde) ziekte gehad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Gebruikt u drugs en/of overmatig alcohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Bent u wel eens afgekeurd voor deelname aan sport? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* Indien u een van de vragen met ja heeft beantwoord, zal de arts tijdens de keuring om een toelichting vragen

* Ik geef toestemming, d.m.v. ondertekening, voor het doorsturen van deze keuringsinformatie naar de keuringsarts van de KNMV

DOOR HET PLAATSEN VAN EEN HANDTEKENING VERKLAART DE KANDIDAAT OF DIEGENE DIE VOOR HEM/HAAR TEKENT (BIJ KANDIDATEN JONGER DAN 18 JAAR) DAT BOVENSTAANDE VRAGEN NAAR WAARHEID ZIJN INGEVULD.

HANDTEKENING _____

Het volledig ingevulde en ondertekende originele formulier sturen aan:
KNMV, Postbus 650, 6800 AR ARNHEM · tel.: 026 - 35 28 515



Datum _____

Naam _____

Lengte : _____ cm

Gewicht : _____ kg

Bloeddruk : _____ / _____ mmHg

Polsfrequentie en kwaliteit : _____ / min

INTEVULLEN DOOR KNMV:

RELATIENUMMER: _____

GELDIGHEID: _____

regulier/irreg.

aequaal/inaeq.

Ogen Visus zonder correctie : _____ VOD _____ : _____ VOS : _____ VODS :

met correctie : _____ VOD _____ : _____ VOS : _____ VODS :

Gezichtsveldbepaling : _____ Re _____ : _____ Li : _____ norm/abnorm

Oren fluisterspraak verstaanbaar > 5 meter

Re: ja / nee

Li: ja / nee

Cardiovasculair

Cor : _____ S1/S2

: _____ norm/abnorm

: _____ S3/S4

: _____ aanwezig/afw.

: _____ Souffle

: _____ aanwezig/afw.

Bloedvaten; perifere pulsaties

:

aanwezig/afw.

Pulmonem

:

Ademgeruis

:

norm/abnorm

Exsp/Inspirium

:

norm/abnorm

Ronchi/Wheezing

:

aanwezig/afw.

Abdomen bij inspectie; herniae, littekens e.a.

:

aanwezig/afw.

Palpatoire afwijkingen

:

aanwezig/afw.

Locomotore systeem

: inspectie:

statiek:

functie:

kracht:

1. Cervicale wervelkolom

: norm/abnorm

norm/abnorm

norm/abnorm

norm/abnorm

2. Thoracale wervelkolom

: norm/abnorm

norm/abnorm

norm/abnorm

norm/abnorm

3. Lumbale wervelkolom

: norm/abnorm

norm/abnorm

norm/abnorm

norm/abnorm

4. Bovenste extremiteiten

: norm/abnorm

norm/abnorm

norm/abnorm

norm/abnorm

5. Onderste extremiteiten

: norm/abnorm

norm/abnorm

norm/abnorm

norm/abnorm

(ad kracht: bv teen-hiel gang; uit hurkzit omhoog komen)

Zenuwstelsel

Evenwichtszin / coördinatie :

norm/abnorm

Proef van Romberg :

norm/abnorm

Urine

Albumine :

aanwezig/afw.

Glucose :

aanwezig/afw.

Opmerkingen / afwijkende bevindingen: _____

EINDOORDEEL:

De kandidaat is:

geschikt / ongeschikt / geschikt onder voorwaarde, voor deelname aan de motorsport.

nader onderzoek / "second opinion" is gewenst door huisarts / _____

KEURINGSARTS:

Naam: _____

Woonplaats: _____ Handtekening: _____