

Datum : _____ **INTEVULLEN DOOR KNMV:**
RELATIENUMMER: _____
NAAM : _____ **GELDIGHEID:** _____
VOORNAMEN : _____
GEBOORTEDATUM : _____
STRAAT + HUISNUMMER : _____
POSTCODE + WOONPLAATS : _____
TELEFOON : ☎ prive _____ ☎ werk _____
TAK VAN SPORT : wegrace / motocross / trial / enduro / baansport / supermoto
HUISARTS : _____
LAATSTE KEURING : _____
Burger Service Nummer (BSN) : _____

- | | 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 regelmatig/irreg.

INTEVULLEN DOOR KNMV:

RELATIENUMMER: _____

GELDIGHEID: _____

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: _____