

Datum : _____ **INTEVULLEN DOOR KNMV:**
RELATIENUMMER: _____
NAAM : _____ **GELDIGHEID:** _____
VOORNAMEN : _____
GEBORTE DATUM : _____
STRAAT + HUISNUMMER : _____
POSTCODE + WOONPLAATS : _____
TELEFOON : ☎ prive _____ ☎ werk _____
KLASSE KNMV : wegrace / motocross / trial / enduro / baansport
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 :

Gezichtsveldebepaling : _____ 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: _____

Het volledig ingevulde en ondertekende originele formulier sturen aan:

KNMV, Postbus 650, 6800 AR ARNHEM · tel.: 026 - 3528515