

Datum _____

INTEVULLEN DOOR KNMV:

Naam _____

BEVINDINGEN:

RELATIENUMMER: _____

Lengte _____

: _____ cm

GELDIGHEID: _____

Gewicht _____

: _____ kg

Bloeddruk _____

: _____ / _____ mmHg

Polsfrequentie en kwaliteit _____

: _____ / min

regulier/irreg.

aequaal/inaeq.

Ogen Visus zonder correctie _____

: _____ VOD : _____ VOS : _____ VODS :

met correctie _____

: _____ VOD : _____ VOS : _____ VODS :

Gezichtsveldbepaling _____

: _____ Re _____ Li _____ norm/abnorm

Oren fluissterspraak verstaanbaar > 5 meter _____

Re: ja / nee

Li: ja / nee

Cardiovasculair _____

Cor : _____ S1/S2

: _____ norm/abnorm

: _____ S3/S4

: _____ aanwezig/atfw.

: _____ Souffle

: _____ aanwezig/atfw.

Bloedvatert; perifere pulsaties _____

: _____ Ademgeruis : _____ aanwezig/atfw.

Pulmonem _____

: _____ Exsp./inspirium : _____ norm/abnorm

Ronchi/Wheezing

: _____ aanwezig/atfw.

Abdomen bij inspectie; herniae, littekens e.a. _____

: _____ aanwezig/atfw.

Palpatoire afwijkingen _____

: _____ aanwezig/atfw.

Locomotorie 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: by Teen-hiel gang: uit hurkzit omhoog komen)

Zenuwstelsel _____

Evenwichtszin / coördinatie : _____ norm/abnorm

Proef van Romberg : _____ norm/abnorm

Urine _____

Albumine : _____ aanwezig/atfw.

Glucose : _____ aanwezig/atfw.

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 / _____

KEURINGSPARTS:

Naam: _____

Woonplaats: _____ Handtekening: _____

Het volledig ingevulde en ondertekende originele formulier sturen aan:

KNMV, Postbus 650, 6800 AR ARNHEM · tel.: 026 - 3528515 / **FX 3528522**

Datum : _____

NAAM : _____

VOORNAMEN : _____

GEBOORTEDATUM : _____

STRAAT + HUISNUMMER : _____

POSTCODE + WOONPLAATS : _____

TELEFOON : ☐ prive _____ ☐ werk _____

KLASSE KNMV : wegrace / motocross / trial / enduro / baansport

HUISARTS : _____

LAATSTE KEURING : _____

INTEVULLEN DOOR KNMV: _____

RELATIENUMMER: _____

GELDIGHEID: _____

	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), evenwichtstoornissen of herhaalde flauwtas 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 beantwoordt, zal de arts tijdens de keuring om een toelichting vragen

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

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

HANDETEKENING _____