

Datum : _____ **INTEVULLEN DOOR KNMV:**
RELATIENUMMER: _____
NAAM : _____ **GELDIGHEID:** _____
VOORNAMEN : _____
GEBOORTEDATUM : _____
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 aangekeurd 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 _____ | | | | | 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 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