

PERSONALIA

Naam en voorletters : _____ Licentie categorie: _____
 Straat : _____ club: _____
 Postcode en woonplaats : _____
 Geboortedatum : _____
 Telefoon : privé: _____ werk: _____
 Huisarts : _____
 Evt. begeleidende sportarts : _____
 Aantal kilometers per jaar : _____
 Aantal trainingsuren per week : _____
 Aantal wedstrijden per week : _____
 Prestaties afgelopen seizoen : goed/matig/slecht

VRAGENLIJST (MEDISCH GEHEIM)

Algemeen

- | | JA | NEE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Heeft u op dit moment klachten over uw gezondheid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bent u ooit afgekeurd of voorbehouden goed- of afgekeurd voor een KNWU-licentie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bent u ooit geopereerd? Zo ja, waaraan, wanneer en waar? _____ | | |
| 4. Gebruikt u medicijnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Zo ja, welke? _____ | | |

Hart- en vaatziekten

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6. Heeft u ooit een operatie ondergaan aan het hart of aan uw aorta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Is er bij u ooit een hartafwijking vastgesteld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Bent u ooit behandeld voor hart- en vaatziekten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Gebruikt u medicijnen voor hart- en vaatziekten? Zo ja, welke? _____ | | |
| 10. Is er in uw familie ooit iemand voor zijn 35 ^e plotseling overleden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Is er iemand in uw familie, jonger dan 35 jaar, met een pacemaker? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Heeft u tijdens inspanning wel eens pijn op de borst die verdwijnt als u stopt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Heeft u wel eens last van hartkloppingen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Heeft u weleens last van duizeligheid of bewusteloosheid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Is er bij u ooit hoge bloeddruk vastgesteld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

KNO en luchtwegziekten

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 16. Bent u snel kortademig of hoest u vaak? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Heeft u hooikoorts, astma, bronchitis of een andere aandoening aan de luchtwegen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Bent u vaak verkouden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Maag en darm & stofwisseling

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 19. Is uw eetlust goed? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Heeft u ooit last van maag of darmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Heeft u ooit last van braken, zuurbranden, diarree, verstoppingen, vermageren of dik worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Heeft u suikerziekte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Allergie & Immunologie

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 23. Heeft u een allergie? Zo ja, waarvoor? _____ | | |
| 24. Bent u vaak ziek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Houdings en bewegingsapparaat

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 25. Heeft u wel eens last van nekpijn, rugpijn, schouder, elleboog, handen, heup, knieën of voeten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Heeft u vaak blessures? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zenuwstelsel

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 27. Heeft u ooit psychische problemen gehad waarvoor u behandeld bent? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Is er bij u ooit een afwijking van het zenuwstelsel vastgesteld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Heeft u ooit last van duizeligheid, toevallen (epilepsie) of evenwicht-stoornissen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Urologisch

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 30. Heeft u wel eens last van nieren of urinewegen, pijn bij urineren of urineverlies? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

Zintuigen

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 31. Heeft u een verminderd gezichtsvermogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Draagt u een bril of lenzen tijdens de training of wedstrijden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Heeft u gehoorsvermindering of draagt u een gehoorapparaat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Overigen

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 34. Gebruikt u wel eens tabak, drugs, doping of overmatig alcohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Heeft u een andere (nog niet genoemde) ziekte, afwijking of aandoening waardoor u sommige sporten niet kunt beoefenen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum _____ Handtekening _____
 Ouder of opvoeder indien jonger dan 18 jaar

Vragen door de keurend arts in te vullen

JA NEE

36. Heeft iemand in uw familie een hypertrofische cardiomyopathie?
37. Is er een vierde harttoon aanwezig?
38. Is er een diastolische hartruis?
39. Is er een systolische hartruis aanwezig die niet fysiologisch lijkt?
40. Zijn er klinische symptomen van de ziekte van Marfan aanwezig

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lengte : m
Gewicht : kg
Vetpercentage : %

Bloedvaten:

Polsfrequentie in rust : slagen/minuut regulair/irregulair aequaal/inaequaal

Bloeddruk in rust : Links / mmHg Rechts / mmHg

Femorale circulatie : afwezig / aanwezig Souffles : afwezig / aanwezig
: symmetrisch / asymmetrisch

ECG : normaal/abnormaal

Pulmonen

normaal ademgeruis
rhonchi / verlengd expirium

Abdomen

lever : normaal / abnormaal
milt : normaal / abnormaal

Zenuwstelsel

Evenwichtszin : normaal/abnormaal
Coördinatie : normaal/abnormaal

Visus

met/zonder bril/lenzen links: rechts:
eventueel met beide ogen :
gezichtsveld : intact/beperkt

Urine

Albumine : aanwezig/afwezig
Glucose : aanwezig/afwezig

Overig

oren : normaal / afwijkend
huid : normaal / afwijkend

ONDERZOEK VAN HET BEWEGINGSAPPARAAT

Wervelkolom : _____
Bekken / heupen : _____
Schouder : _____
Ellebogen : _____
Polsen : _____
Handen : _____
Knieën : _____
Enkels : _____
Voeten : _____

OPMERKING: _____

