



LICENTIEKEURINGSFORMULIER (medisch geheim)

KNWU
Postbus 2661
3430 GB Nieuwegein
tel. 030-7513300

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 wedstrijduren per week : _____
 Prestaties afgelopen seizoen : goed/matig/slecht

VRAGENLIJST (MEDISCH GEHEIM)

	JA	NEE
Algemeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Heeft u een allergie? Zo ja, waarvoor? _____		
24. Bent u vaak ziek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Houdings- en bewegingsapparaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Heeft u wel eens last van nieren of urinewegen; pijn bij urineren of urineverlies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zintuigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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: _____
