



KONINKLIJKE NEDERLANDSE
MOTORRIJDERS VERENIGING

WIT EXEMPLAAR
VOOR KNMV

GEEL EXEMPLAAR
VOOR KEURINGSARTS

KEURINGSFORMULIER ter verkrijging
Van de KNMV - STARTLICENTIE
(In te vullen door motorrijder)

Datum : _____

INTEVULLEN DOOR KNMV:
RELATIENUMMER: _____
GELDIGHEID: _____

NAAM : _____

VOORNAMEN : _____

GEBOORTEDATUM : _____

STRAAT + HUISNUMMER : _____

POSTCODE + WOONPLAATS : _____

TELEFOON : ☐ prive _____ ☐ werk _____

TAK VAN SPORT : wegrace / motocross / trial / enduro / baansport / supermoto

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 flauwttes 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