



Postbus 136  
3440 AC Woerden  
Tel.: (0348) 484084

### 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)

#### 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 <sup>e</sup> 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. Gebruikt 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

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

JA NEE

<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 : \_\_\_\_\_  
Polen : \_\_\_\_\_  
Handen : \_\_\_\_\_  
Knieën : \_\_\_\_\_  
Enkels : \_\_\_\_\_  
Voeten : \_\_\_\_\_

OPMERKING: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_