



Keuringsformulier ter verkrijging van een startbewijs

Dit formulier dient volledig ingevuld en ondertekend te worden en meegebracht te worden naar de medische keuring. Tevens dient een flesje urine meegebracht te worden.

Meldt bij het maken van een afspraak dat u komt voor een sportkeuring.

Eventuele kosten die zijn verbonden aan een sportkeuring komen voor eigen rekening.

Alleen MON- of SMI- sportkeuringformulieren worden geaccepteerd!

Het keuringsformulier dient u samen met de aanvraag startbewijs via de vereniging in te sturen!

Naam :

Voornamen :

Geboortedatum : **Beroep** :

Straat :

Postcode / Woonplaats:

Datum vorige

Sportkeuring : **Huisarts:**

- | | |
|---|----------------------|
| 1: Heeft u op dit moment klachten over uw gezondheid? | ja / nee |
| 2: Heeft u klachten tijdens inspanning? | ja / nee |
| 3: Bent u sneller vermoeid dan uw leeftijdsgenoten? | ja / nee |
| 4: Laat uw conditie tijdens motorcrosswedstrijden/trainingen te wensen over? | ja / nee |
| 5: Bent u wel eens afgekeurd (b.v. voor militaire dienst, sport, beroep)? | ja / nee |
| 6: Heeft u de afgelopen 12 maanden een dokter geraadpleegd? | ja / nee |
| 7: Gebruikt u medicijnen? | ja / nee |
| 8: Bent u ooit langdurig ziek geweest? | ja / nee |
| 9: Bent u wel eens in een ziekenhuis opgenomen geweest? | ja / nee |
| 10: Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad? | ja / nee |
| 11: Komen er bijzondere ziektes (b.v. epilepsie) voor in uw familie? | ja / nee |
| 12: Heeft u wel eens last van hartkloppingen? | ja / nee |
| 13: Heeft u klachten over: nek, rug, knieën, enkels, polsen? | ja / nee |
| 14: Is uw schouder wel eens uit de kom geweest? Zo ja, hoe vaak is dat voorgekomen? | ja / nee ___ keer |
| 15: Heeft u klachten over uw gehoor? | ja / nee |
| 16: Heeft u aanvallen van bewusteloosheid gehad? | ja / nee |
| 17: Heeft u ooit een operatie ondergaan? | ja / nee |
| 18: Heeft u astma en/of bronchitis (gehad)? | ja / nee |
| 19: Ziet u met één oog of met beide ogen minder goed? | ja / nee |
| 20: Bent u wel eens door een specialist behandeld? | ja / nee |
| 21: Heeft u wel eens een andere (dus nog niet gevraagde) ziekte gehad? | ja / nee |

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 en toestemming wordt verstrekt voor het doorsturen van deze keuringsinformatie naar de bondsarts van MON.

Datum:

Handtekening:

Naam: _____ **Geboortedatum:** _____

LICHAMELIJK ONDERZOEK (in te vullen door de keuringsarts)

Onderzoek:

Bevindingen:

Algemene eerste indruk:

Zichtbare gebreken:

Lengte en gewicht: _____ cm. _____ kg.

Ogen: amblyopie
correctie
visus(vlgs Snellen)
gezichtsveldbepaling (confrontatie)

aanwezig / afwezig
aanwezig / afwezig
li: re:
li: re:

Oren: (verstaat fluisterspraak) voldoende / onvoldoende

Bloeddruk: _____ / _____ mmHg

Polsfrequentie en kwaliteit: _____ / minuut, regulair / irregulair
aequaal / inaequaal

Auscultatie van hart en longen:

Buik: palpatoire afwijkingen:
herniae, littekens:

Rug: houding (kyphose/scoliose/torsie):
beweging:
bekkenscheefstand:

Schouders: schouderluxatie gehad? Habitueel

Benen: lengteverschil
kniestand
voetafwijkingen
art. pulsaties

Urine: (sediment alleen op indicatie) eiwit: reductie:

Aanvullend onderzoek (indien voor eindoordeel noodzakelijk) eventueel op bijlage

Eindoordeel: GESCHIKT / ONGESCHIKT / GESCHIKT MET BEPERKT RISICO

Naam keuringsarts: _____ Adres: _____

Postcode / Woonplaats: _____ Tel: _____

Keuringsdatum: _____ Handtekening keuringsarts: _____
(heeft u het eindoordeel ingevuld?)

Dit formulier zenden aan: Dr.P.Vink,bondsarts MON, p/a Postbus 341, 5430 AH Cuijk