

Datum : _____

INTEVULLEN DOOR KNMV:
RELATIENUMMER: _____
GELDIGHEID: _____

NAAM : _____

VOORNAMEN : _____

GEBOORTEDATUM : _____

STRAAT + HUISNUMMER : _____

POSTCODE + WOONPLAATS : _____

TELEFOON : ☐ prive _____ ☐ werk _____

KLASSE KNMV : wegrace / motocross / trial / enduro / baansport

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 flauwtes 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 beantwoordt, 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