



## Vragenlijst Parachutistenkeuring

S.V.P. duidelijk schrijven en doorstrepen wat niet van toepassing is

---

Naam en voorletters..... Man / Vrouw  
Burgerservicenummer..... Roepnaam.....  
Geboorte datum..... Tel.nr.....  
Adres..... Postcode en Woonplaats.....  
E-mail-adres.....  
Datum keuring..... Beroep/opleiding.....  
Huisarts..... Adres.....  
Vindt u het goed dat uw huisarts een bericht over de keuring krijgt (indien van toepassing)? J/N

---

### SPORTBEOEFENING

Soort sport	hoe lang al	aantal malen	afstand of duur per training/wedstrijd
1.....	sinds.....jaar	.....x per week	.....
2.....	sinds.....jaar	.....x per week	.....
3.....	sinds.....jaar	.....x per week	.....
4.....	sinds.....jaar	.....x per week	.....

---

Speciale voedingsgewoonten? J/N

.....

Speciale voedingsgewoonten i.v.m. de sportbeoefening? J/N

.....

Wilt u iets vragen over de voeding J/N

.....

Gebruikt u geregeld geneesmiddelen J/N

Zo ja, welke? .....

Gebruikt u voedingssupplementen J/N

Zo ja, welke? .....



Bent u onder behandeling (geweest) van een medisch specialist? J/N .....  
Bent u ooit langdurig en/of ernstig ziek geweest? J/N .....  
Bent u ooit geopereerd? J/N .....  
Heeft u een ongeval gehad, waarvan u nu nog gevolgen ondervindt? J/N .....  
Heeft u wel eens langdurige periode van niet fit zijn doorgemaakt? J/N .....  
Voelt u zich de laatste tijd gezond? J/N .....  
Slaapt u doorgaans goed? J/N .....  
Heeft u vaak last van hoofdpijn? J/N .....  
Ziet u goed met beide ogen? J/N .....  
Hoort u goed met beide oren? J/N .....  
Heeft u last van duizeligheid? J/N .....  
Bent u wel eens flauw gevallen? J/N .....  
Bent u vaak of langdurig verkouden? J/N .....  
Heeft u last van uw tanden of tandvlees? J/N .....

**Heeft u last van een van de volgende klachten:**

Kortademigheid J/N .....  
Piepende ademhaling J/N .....  
Hoesten J/N .....  
Slijm opgeven J/N .....  
Astma J/N .....  
Bronchitis J/N .....  
Allergie J/N .....  
Hooikoorts J/N .....

**Heeft u (wel eens) last gehad van een van de volgende klachten:**

Pijn of druk op de borst J/N .....  
Overslaan van het hart J/N .....  
Hartkloppingen J/N .....  
Onwel worden tijdens of na inspanning J/N .....  
Heeft u klachten van de maag of de buik? J/N .....  
Heeft u problemen met uw gewicht (gehad)? J/N .....  
Heeft u klachten over de ontlasting? J/N .....  
Heeft u wel eens klachten van de nieren gehad? J/N .....  
Heeft u problemen bij het plassen? J/N .....  
Heeft u klachten (gehad) van uw huid? J/N .....  
Heeft u plaatselijk ongevoelige plekken? J/N .....

Rookt U? J/N .....  
Zo ja, hoeveel.....

Gebruikt u regelmatig alcoholische dranken? J/N .....  
Zo ja, hoeveel glazen gemiddeld per dag.....

Bent u in het laatste jaar door een fysiotherapeut behandeld? J/N .....



**Heeft u wel eens een noemenswaardige blessure gehad van een van de volgende lichaamsdelen:**

Hoofd J/N .....  
Nek/hals J/N .....  
Rug J/N .....  
Schouder J/N .....  
Bovenarm J/N .....  
Elleboog J/N .....  
Pols J/N .....  
Hand J/N .....  
Heup J/N .....  
Lies J/N .....  
Dijbeen J/N .....  
Knie J/N .....  
Onderbeen J/N .....  
Enkel J/N .....  
Voet J/N .....

**Komen er in uw familie een van de volgende ziektes of aandoeningen voor:**

Hartziekten J/N .....  
Astma J/N .....  
Bronchitis J/N .....  
Vallende ziekte J/N .....  
Beroerte J/N .....  
Tbc J/N .....  
Plotseling overlijden op jonge leeftijd J/N .....  
Een hier niet genoemde erfelijke ziekte J/N .....

**Voor vrouwen:**

Op welke leeftijd trad uw eerste menstruatie op? .....  
Is uw menstruatie altijd regelmatig? J/N .....  
Heeft u klachten van de menstruatie? J/N .....  
Worden uw sportprestaties beïnvloed door de menstruatiecyclus? J/N .....

**Naar waarheid ingevuld door:**

Naam..... Datum.....

Handtekening.....



## MEDISCHE VERKLARING / MEDICAL DECLARATION

**Ondergetekende, arts:**

*Undersigned, physician:*

Naam en voorletters: .....  
(Name and initials)

Straat: .....  
(Street)

Woonplaats: .....  
(Town of residence)

**Verklaart:**

*Declares:*

Naam en voorletters: .....  
(Name and initials)

BSN nummer: .....  
(BSN number)

Straat: .....  
(Street)

Woonplaats: .....  
(Town of residence)

Geboortedatum: .....  
(Date of birth)

Geboorteplaats: .....  
(Place of birth)

**MEDISCH:                      GESCHIKT   /   ONGESCHIKT**  
*MEDICALLY:                      FIT           /           UNFIT*

**voor het sportparachutespringen**  
*for sportparachuting*

Datum keuring: .....  
(Date of examination)

Handtekening en stempel arts: .....  
(Signature and stamp of physician)