

Keuringsformulier ter verkrijging van de KNMV Internationale startlicentie bij het rijden van EK of WK-wedstrijden of voor ongevallendeckking op de Basis Sportlicentie voor 80+ers.

**In te vullen door rijder:**

DATUM : \_\_\_\_\_  
 RELATIENUMMER KNMV : \_\_\_\_\_  
 ACHTERNAAM : \_\_\_\_\_  
 VOORNAMEN : \_\_\_\_\_  
 GEBOORTEDATUM : \_\_\_\_\_  
 STRAAT + HUISNUMMER : \_\_\_\_\_  
 POSTCODE + WOONPLAATS : \_\_\_\_\_  
 TELEFOONNUMMER : \_\_\_\_\_  
 TAK VAN SPORT : WEGRACE / MOTOCROSS / TRIAL / ENDURO / BAANSPORT / SUPERMOTO  
 HUISARTS : \_\_\_\_\_  
 LAATSTE KEURING : \_\_\_\_\_

- |   | <b>JA</b>                | <b>NEE</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Heb je de laatste 2 jaar klachten over je gezondheid of ben je onder behandeling bij een arts?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Heb je in het verleden een operatie, ongeval of blessure gehad welke het motorrijden nadelig beïnvloedt EN waarvoor je nu nog in behandeling bent?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Heb je aanvallen van wegrakingen, epilepsie, evenwichtsstoornissen of regelmatig flauwvallen waarvoor je behandeld wordt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Heb je een aandoening van het zenuwstelsel of ben je wegens psychiatrische klachten onder behandeling van een arts?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Heb je een beperking in je blikveld of mis je het normale gezichtsvermogen van één of beide ogen welke niet met een bril of contactlenzen kan worden gecorrigeerd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ben je onder behandeling van een cardioloog vanwege hart- en vaatziekten of ritmestoornissen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Heb je een bloedstollingsziekte? Zo ja, ben je hiervoor onder behandeling?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Heb je astma, chronische bronchitis of een andere longziekte waarvoor je onder behandeling bent?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  | JA                       | NEE                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 9. Heb je diabetes? Zo ja, is dit type 1 of 2 en welke medicatie gebruik je hiervoor?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Heb je aandoeningen aan je botten of gewrichten welke het motorrijden nadelig beïnvloeden?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ben je bekend met alcohol- of drugsproblemen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ben je wel eens afgekeurd voor deelname aan sport of verkeer? Zo ja, waarvoor?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Gebruikt je medicijnen? Zo ja, welke (naam) en welke hoeveelheid (dosering). Geef dit aan in de toelichting. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Is er andere medische informatie waarmee rekening gehouden moet worden?                                      | <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*

*\*Heb je als rijder een verhoogd gezondheidsrisico met betrekking tot het beoefenen van motorsport, meld je dan bij de wedstrijddarts bij aanvang van een evenement. Het heeft bovendien de aanbeveling om bij gezondheidsrisico's dit duidelijk herkenbaar bij je te dragen.*

*\*Ik geef toestemming d.m.v. ondertekening voor het doorsturen van deze keuringsformulieren 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 ondertekenende originele formulier sturen aan: [sport@knmv.nl](mailto:sport@knmv.nl)

**In te vullen door keuringsarts:**

**In te vullen door de KNMNV**

Naam sporter	:	_____	Relatienummer	:	_____
Lengte	:	_____ cm	Geldigheid	:	_____
Gewicht	:	_____ kg			
Bloeddruk	:	____/____ mmHg			
Polsfrequentie	:	_____ / min			regulier/irregulair aeguaal/inaeguaal

<b>Ogen</b> Visus zonder correctie	:	_____ VOD	_____ VOS	_____ VODS
Met correctie	:	_____ VOD	_____ VOS	_____ VODS
Gezichtsveldbepaling	:	_____ VOD	_____ VOS	_____ VODS

**Oren** Fluisterspraak verstaanbaar > 5 meter Rechts: JA / NEE Links: JA / NEE

<b>Cardiovasculair</b>	Cor	:		norm/abnor.
		:	Souffle	aanw./afw.
<b>Bloedvaten; perifere pulsaties</b>		:		aanw./afw.
<b>Pulmonem</b>		:	Ademgeruis	norm/abnor.
		:	Bijgeluiden	ja/nee
<b>Abdomen</b> (Bij inspectie, herniae, littekens e.a)		:		aanw./afw.
<b>Palpatoire afwijkingen</b>		:		aanw./afw.

Locomotore systeem	statiek	mobiliteit	kracht
1. Cervicale wervelkolom	norm/abnor	norm/abnor	norm/abnor
2. Thoracale/lumbale wervelk.	norm/abnor	norm/abnor	norm/abnor
3. Bovenste extremiteit	norm/abnor	norm/abnor	norm/abnor
4. Onderste extremiteit	norm/abnor	norm/abnor	norm/abnor

(ad kracht: b.v. teen-hiel gang; uit hurkzit omhoog komen)

<b>Zenuwstelsel</b>	Evenwichtszin/coördinatie	:	norm/abnor.
	Proef van Romber	:	norm/abnor.
<b>Urine</b>	Albumine	:	aanw./afw.
	Glucose	:	aanw./afw.

**Echocardiogram\***

*\*Wanneer men een internationale rally licentie aanvraagt moet de aanvrager naast de medische keuring één keer in zijn leven een echocardiogram ondergaan voordat de licentie kan worden afgegeven. Ook dient er een inspannings-ECG te worden vervaardigd ter beoordeling van de inspanningstolerantie. Deze test is vervolgens om de drie jaar opnieuw vereist.*

Zijn er op basis van bovengenoemde onderzoeken sprake van restricties met betrekking tot de betreffende sporttakken? ja/nee

Indien JA graag toelichten : \_\_\_\_\_

---



KONINKLIJKE  
NEDERLANDSE  
MOTORRIJDERS  
VERENIGING

*Keuringsformulier - Sport Medische Keuring*

**Opmerkingen / afwijkende bevindingen** : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Eindoordeel** De kandidaat is: *Geschikt / Ongeschikt / Geschikt onder voorwaarde* voor deelname aan de motorsport  
Nader onderzoek of second opinion is gewenst door huisarts ja/nee

**Keuringsarts** Datum : \_\_\_\_\_  
Keuringsbureau + plaats : \_\_\_\_\_  
Naam arts : \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_

*Het volledig ingevulde en ondertekenende originele formulier sturen aan: [sport@knmv.nl](mailto:sport@knmv.nl)*