

# MEDISCHE KEURINGSLIJST KBIJF

Koninklijke Belgische IJshockey Federatie vzw

Seizoen: 2009 - 2010



IN TE VULLEN DOOR SPELER (ev.in samenspraak met huisarts, ouder(s))

Naam:	Voornaam:
Club:	Geboortedatum:
Geslacht:	Nationaliteit:
Burg.Stand:	Tel:
Adres:	E-mail:
Postcode+gemeente:	Beroep:

Anamnese:	Ja	Nee	Licht toe
Bent u ooit flauwgevallen tijdens of na inspanning ?			
Bent u ooit duizelig geworden tijdens of na inspanning ?			
Hebt u ooit pijn in de borststreek gehad tijdens of na sport ?			
Hebt u ooit hartkloppingen of ritmestoornissen gehad ?			
Bent u sneller vermoeid dan uw medespelers tijdens training ?			
Hebt u ooit een hoge bloeddruk of hoog cholesterolgehalte gehad ?			
Heeft men u ooit gezegd dat u een hartgeruis had ?			
Is iemand van uw familieleden gestorven ten gevolge van hartproblemen of plotse dood voor de leeftijd van 50 jaar ?			
Hebt u een ernstige virale infectie gehad (bv. een hartontsteking of klierkoorts) tijdens de laatste maand ?			
Hebt u een allergie (bv. tegen pollen, medicatie, voeding of insecten) ?			
Hebt u ooit een huiduitslag of jeuk ontwikkeld tijdens inspanning ?			
Hebt u ooit last gehad van hoesten, kortademigheid of andere ademhalingsstoornissen tijdens of na inspanning ?			
Hebt u astma ?			
Neemt u actueel voorgeschreven of niet-voorgeschreven medicatie, pillen of gebruikt u een inhalator ?			
Lijdt u actueel aan een ziekte of chronische aandoening ?			
Bent u ooit in een ziekenhuis opgenomen ?			
Hebt u gedurende langere tijd uw sport niet kunnen beoefenen omwille van een medisch probleem ?			
Hebt u ooit een breuk of ontwrichting opgelopen ?			
Bent u momenteel geblesseerd, of recent geweest ?			
Maakt u tijdens wedstrijden of trainingen gebruik van letselpreventieve maatregelen (braces, steunzolen, taping,...)?			
Wordt u tijdens trainingen of wedstrijden regelmatig gehinderd door lichamelijke klachten ?			
Hebt u ooit voosheid, tintelingen of krachtsverlies gehad in uw armen, benen of voeten ?			
Hebt u ooit voedingssupplementen of vitaminen genomen om uw gewicht of prestatievermogen te beïnvloeden ?			
Hebt u actueel een huidaandoening (bv. jeuk, uitslag, acné, schimmels of blaren) ?			
Hebt u ooit het bewustzijn verloren of geheugenverlies gehad ?			
Hebt u ooit een epilepsieaanval ("vallende ziekte") gehad ?			
Hebt u frequente en ernstige hoofdpijnen ?			
Bent u ooit onwel geworden door sporten in te grote hitte ?			
Voelt u zich de laatste tijd gestresseerd, prikkelbaar, neerslachtig of uitgeput ?			
Wanneer onderging u een controle van uw gezichtsscherpte ? + resultaat:			
Datum laatste gebitscontrole:			

**IN TE VULLEN DOOR ARTS**

Naam speler: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Klinisch Onderzoek:

Lengte (cm):	Gewicht (kg):
Bloeddruk:	Rustpols:
Visus: Rechts:                      Links:	Correctie: Ja/Nee*                      Pupil: Gelijk/Ongelijk*

Normaal:      Afwijkende bevindingen:

Algemeen uitzicht:		
Ogen/Oren/Neus/Keel:		
Lymfeklieren:		
Hart:		
Longen:		
Pulsaties:		
Abdomen:		
Genitaal (alleen man):		
Huid:		
Neuro:		
Nek:		
Rug:		
Schouder/arm:		
Elleboog/voorarm:		
Pols/hand:		
Heup/dij:		
Knie:		
Been/enkel:		
Voet:		

Ik, ondergetekende, speler \_\_\_\_\_ verklaar dat bovenvermelde gegevens correct en in eer en geweten zijn ingevuld.

datum: ... / ... / 20..

Handtekening speler:

Ik, ondergetekende, Dr. \_\_\_\_\_ verklaar dat \_\_\_\_\_ voor het beoefenen van de ijshockeysport:

0 geschikt is \*

0 geschikt is na verdere evaluatie/revalidatie van:\*

0 NIET geschikt is om reden van:\*

datum: ... / ... / 20..

Handtekening en stempel arts



Op te sturen naar:  
 Dr. Jens Van Akeleyen  
 Voorzitter Medische Commissie KBIJF  
 Larikslaan 14  
 B-2200 Herentals

\* schrappen wat niet past