

Datum ontvangen:

In te vullen door de gymnast (in blokletters):

| | |
|---------------------|--------------------------------------|
| Naam gymnast: | Geboortedatum: / / |
| Voornaam: | Geslacht: M / V |
| Adres: | Discipline: AGD / AGH / RG / TR |
| | ACRO / TU / AER / RS |
| | Niveau: A |
| Tel.: | Aantal uren training/week: |
| GSM: | Club: |
| E-mail: | Aansluitingsnummer: |

Wie sport moet weten waar de lijn ligt
De dopinglijn : 078-15 35 45

Terug te sturen naar het secretariaat van de Medische Commissie:
Gymnastiekfederatie Vlaanderen, Huis van de Sport, Zuiderlaan 13 te 9000 Gent

In te vullen door de sportarts (in blokletters):

STATISCH ONDERZOEK:

| | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Schouder scheefstand | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | Bekken scheefstand | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |
| Afwijkingen WK: | | | Mobiliteit WK: | ++ | 0 | -- |
| Scoliose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | Flexie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hyperlordose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | Extensie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hyperkyfose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | Lateroflexie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Flatback | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | Rotatie links | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Rotatie rechts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(++) beweging is extreem

(0) beweging is normaal

(--) beweging is belemmerd

| Bovenste ledematen: | links | | | rechts | | | Onderste ledematen: | links | | | rechts | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ++ | 0 | - | ++ | 0 | - | | ++ | 0 | - | ++ | 0 | - |
| Schouders | | | | | | | Heupen | | | | | | |
| Elevatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Flexie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abductie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Extensie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exorotatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abductie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endorotatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adductie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Funct.hand-nek/rug | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Exorotatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apprehensietest | <input type="checkbox"/> pos | <input type="checkbox"/> neg | | <input type="checkbox"/> pos | <input type="checkbox"/> neg | | Endorotatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Ellebogen | | | | | | | Knieën | | | | | | |
| Flexie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Flexie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Extensie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Extensie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pronatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ligam. laxiteit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | | |
| Supinatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kruisbandlaxiteit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | | |
| | | | | | | | Meniscustest | <input type="checkbox"/> pos | <input type="checkbox"/> neg | <input type="checkbox"/> pos | <input type="checkbox"/> neg | | |
| | | | | | | | Genu varum | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | | |
| | | | | | | | valgum | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | | |
| | | | | | | | recurvatum | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | | |
| Polsen | | | | | | | Enkels | | | | | | |
| Palmaire flexie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plantaire flexie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dorsiflexie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dorsiflexie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ulnaire deviatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eversie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Radiaire deviatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inversie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pronatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pes cavus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | | |
| Supinatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | planus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | | |
| | | | | | | | spreidvoet | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | | |
| | | | | | | | calcaneus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | hallux valgus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | | |

Opmerkingen:

Aanvullende onderzoeken (*):

Radiologie

Consult geneesheer-specialist

Urine-onderzoek labo

(* Gelieve een verslag op te sturen naar de Medische Commissie.

ANTECEDENTEN

| | |
|-------------------|---|
| Astma: | Medicatie (incl. voedingssupplementen): |
| Diabetes: | |
| Allergieën: | |
| Operaties: | |
| Andere: | |
| Vroegere letsels: | |

KLINISCH ONDERZOEK

| | | |
|---|----------------------------|--------------------------|
| Gestalte: cm | Vetgehalte: | BMI: |
| Gewicht: kg | biceps brachii : mm | subscapularis : mm |
| Gebit: advies van tandarts gewenst ja / nee | triceps brachii : mm | suprailiacaal : mm |
| Urine-onderzoek eiwit (*) | Menses: | |
| glucose (*) | Menarche:..... | |
| rode bloedcellen (*) | | |
| ketonen (*) | | |

(*) indien positief, graag een labo-controle

CARDIO-RESPIRATOIR ONDERZOEK

| | |
|--|-------------------------------|
| Peak flow: | Hart- en longauscultatie: (*) |
| Vitale Capaciteit: | |
| Pols: | |
| Bloeddruk: | |
| <i>(*) bij afwijking submaximale inspanningsoefening</i> | |

In te vullen door de sportarts (in blokletters):

MEDISCH GESCHIKTHEIDSATTEST

Ik, ondergetekende, verklaar dat onderzochte:

- medisch geschikt voor competitiegymnastiek
- medisch (tijdelijk) ongeschikt voor competitiegymnastiek

Datum,

Stempel geneesheer + erkenningsnummer,

Handtekening,