

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: B / C
Tel.: .....	Aantal uren training / .....
GSM: .....	week: .....
E-mail: .....	Club: .....
	Aansluitingsnummer :

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

In te vullen door de arts (in blokletters):

## ANAMNESE

PERSOONLIJK	FAMILIAAL
Vroegere letsels:	Diabetes:
Vrouwen: - menarche: - menses:	Astma:
Medicatie:	Andere:

## ONDERZOEK

Lengte:	Vetgehalte: %	BMI:
Gewicht:	biceps brachii:	mm
Gebit:	triceps brachii:	mm
Hart:	subscapularis:	mm
	suprailiacaal:	mm
Pols in rust:	Spier- en bewegingsstelsel:	rechts links
Bloeddruk: systole:	Rug:	
diastole:	Schouders:	
	Polsen:	
	Heupen:	
Ademhalingsstelsel:	Knieën:	
	Enkels:	
	Voeten:	
Spirometrie: Peakflow:	Urine:	
Vitale capaciteit:		
Opmerkingen:	Datum: ..... Handtekening + Stempel onderzoekende arts:	