



**SPORTSPECIFIEK  
MEDISCH  
PROTOCOL**

Dit medische protocol dient in het bezit te zijn van jezelf en de arts die het onderzoek heeft uitgevoerd. Enkel het Medisch Geschiktheidsattest (laatste pagina) dient te worden geüpload via 'Mijn Gymfed' – 'Mijn Geschiktheidsattest'.

Datum onderzoek: .....

***In te vullen door de sporter (in blokletters):***

Naam: .....	Geboortedatum: ..... / ..... / .....
Voornaam: .....	Geslacht: M / V
Adres: .....	Discipline: toestelturnen meisjes / toestelturnen jongens/ RG / TRA / ACRO / TU
Tel.: .....	AER
GSM: .....	Niveau: A
E-mail: .....	<b>Aantal uren training/week:</b> .....
	Club: .....

Samen voor fairplay  
[www.dopingvrij.vlaanderen](http://www.dopingvrij.vlaanderen)

***Graag ten laatste tegen de inschrijvingsdeadline van de (eerste) wedstrijden indienen via "Mijn Gymfed" - "Mijn medisch geschiktheidsattest"***



**SPORTSPECIFIEK  
MEDISCH  
PROTOCOL**

*In te vullen door de sportarts (in blokletters):*

STATISCH ONDERZOEK:
---------------------

<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Schouder scheefstand</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">ja</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">nee</td> </tr> </table> <p><b>Afwijkingen WK:</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Scoliose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ja</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>nee</td> </tr> <tr> <td>Hyperlordose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ja</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>nee</td> </tr> <tr> <td>Hyperkyfose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ja</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>nee</td> </tr> <tr> <td>Flatback</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ja</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>nee</td> </tr> </table>	Schouder scheefstand	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee	Scoliose	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee	Hyperlordose	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee	Hyperkyfose	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee	Flatback	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Bekken scheefstand</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">ja</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">nee</td> </tr> </table> <p><b>Mobiliteit WK:</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">++</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">--</td> </tr> <tr> <td>Flexie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Extensie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lateroflexie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rotatie links</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rotatie rechts</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Bekken scheefstand	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee		++	0	--	Flexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extensie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lateroflexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rotatie links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rotatie rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schouder scheefstand	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee																																																			
Scoliose	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee																																																			
Hyperlordose	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee																																																			
Hyperkyfose	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee																																																			
Flatback	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee																																																			
Bekken scheefstand	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee																																																			
	++	0	--																																																				
Flexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Extensie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Lateroflexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
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

	links			rechts				links			rechts		
	++	0	--	++	0	--		++	0	--	++	0	--
<b>Bovenste ledematen:</b>							<b>Onderste ledematen:</b>						
<b>Schouders</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Heupen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/> pos <input type="checkbox"/> neg			<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg			Exorotatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprehensietest							Endorotatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ellebogen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Knieën</b>	<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"/>	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
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
							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
							valgum	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee	<input type="checkbox"/>	ja
							recurvatum	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee	<input type="checkbox"/>	ja
<b>Polzen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enkels</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Radiare 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
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
							spreidvoet	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee	<input type="checkbox"/>	ja
							calcaneus	<input type="checkbox"/> varus/valgus			<input type="checkbox"/> varus/valgus		
							hallux valgus	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee	<input type="checkbox"/>	ja



**SPORTSPECIFIEK  
MEDISCH  
PROTOCOL**

**Opmerkingen:**

**Aanvullende onderzoeken:**

Radiologie  
Consult geneesheer-specialist  
Urine-onderzoek labo

ANTECEDENTEN

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

KLINISCH ONDERZOEK

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

**(\*) 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

Graag ten laatste tegen de inschrijvingsdeadline van de (eerste) wedstrijden dit Medisch Geschiktheidsattest uploaden via 'Mijn GymFed' – 'Mijn medisch geschiktheidsattest'. In geval van blessure uploaden ten laatste 14 dagen vóór deelname aan de eerste competitie.

Ik, ondergetekende, verklaar dat onderzochte: .....(Naam en voornaam gymnast)

- medisch geschikt voor competitie
- Medisch ongeschikt tot sporten
- Tijdelijk ongeschikt tot ...../...../.....
  - 1. tot herstel kwetsuur op ...../...../.....
  - 2. tot na het uitvoeren van extra onderzoek (*omcirkel het uit te voeren onderzoek*)

\* Electocardiogram      ja/nee.....

\* Bloedafname            ja/nee.....

\* RX/CT scan/MRI        ja/nee .....

\* ander onderzoek        ja/nee .....

Datum,

Stempel geneesheer,

Handtekening,