

Datum ontvangen: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Naam sporter:	Geboortedatum:
Voornaam:	Geslacht: M / V
Adres:	Discipline:
	Niveau:
Tel:	Aantal uren training/week:
GSM:	Club:
E-mail:	Lidnummer:

**Wie sport moet weten waar de lijn ligt**  
**De dopinglijn : 078/15.35.45**

*Terug te sturen naar het secretariaat van uw vereniging.*

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

<b>ANAMNESE</b>
-----------------

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

ONDERZOEK	
Lengte:	Biceps brachii: _____ mm
Gewicht:	Triceps brachii: _____ mm
Vetgehalte: BMI:	Subscapularis: _____ mm
Gebit:	Supraliacaal: _____ mm
Hart:	Spier- en bewegingsstelsel:
Pols in rust:	- rechts: _____ - links: _____
Bloeddruk:	Rug: _____
- systole: _____	Schouders: _____
- diastole: _____	Polsen: _____
Ademhalingsstelsel:	Heupen: _____
Spirometrie:	Knieën: _____
- peakflow: _____	Enkels: _____
- vitale capaciteit: _____	Voeten: _____
Opmerkingen:	Urine:
	Datum: ____ / ____ / ____
	Handtekening + stempel onderzoekende arts: