

Medische Verklaring

Om aan te tonen dat u in de juiste lichamelijke conditie bent om de Challenge Mont Ventoux veilig te volbrengen vragen wij van u een medische verklaring. Onderstaande vragen dienen allemaal te worden beantwoord. Deze verklaring wordt strikt vertrouwelijk behandeld en beoordeeld door het medisch team. Mochten zij aanleiding zien tot nadere toelichting dan zullen zij telefonisch contact met u opnemen.

In plaats van deze medische verklaring kunt u ook volstaan met het indienen van een actuele sportmedische keuring (maximaal 6 maanden oud).

	JA	NEE
• Bent u wel eens bewusteloos geraakt tijdens of direct na inspanning ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heeft u wel eens druk op de borst gehad ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zo ja, kan deze druk op de borst worden uitgelokt door inspanning ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heeft u tijdens inspanning wel 's druk op de borst of duizeligheid, zodanig dat de inspanning werd bemoeilijkt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bent u in het verleden behandeld of opgenomen voor astma ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heeft u in het verleden wel eens een aanval van epilepsie gehad ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Is er in het verleden wel eens tegen u gezegd dat u moest stoppen met sport in verband met een hartziekte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bent u bekend met een hoge bloeddruk ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bent u bekend met een hoog cholesterol ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heeft u wel eens problemen met de ademhaling, kortademigheid of hoesten tijdens of na de inspanning ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heeft u wel eens bemerkt dat uw hart op hol sloeg of dat het hart slagen oversloeg ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bemerkt u wel eens een extreme vermoeidheid die niet past bij een normaal inspanningsniveau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bent u bekend met een hartgeruis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bent u bekend met ritmestoornissen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Is er bij u een ander hartprobleem bekend ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Is er bij u recentelijk een ernstige virus infectie gediagnosticeerd ? (bv hartspier/vlies ontsteking, Pfeiffer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heeft u vroeger acuut reuma gehad ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bent u bekend met een allergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gebruikt u, of heeft u in de afgelopen twee jaar medicatie gebruikt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Indien ja, welke ? _____		
• Zijn er aanvullende zaken die van belang zijn voor het medisch team om te weten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ik verklaar dat deze verklaring naar waarheid is ingevuld

Datum:

Telefoonnummer:

Naam Deelnemer:

Handtekening: