



**TURN SPECIFIEK  
PROTOCOL  
MEDISCH**

Datum ontvangen: .....

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

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

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	
<b>Afwijkingen WK:</b>			<b>Mobiliteit WK:</b>	++	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

<b>Bovenste ledematen:</b>	links			rechts			<b>Onderste ledematen:</b>	links			rechts		
	++	0	--	++	0	--		++	0	--	++	0	--
<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"/>	<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"/>
<b>Ellebogen</b>							<b>Knieën</b>						
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	<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	<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	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
<b>Polsen</b>							<b>Enkels</b>						
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"/>							
Supinatie	<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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
							planus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
							calcaneus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	varus/valgus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	varus/valgus
							hallux valgus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<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 (*) rode bloedcellen (*) glucose (*) ketonen (*)	Menses: .....	Menarche:.....

**(\*) indien positief, graag een labo-controle**

**CARDIO-RESPIRATOIR ONDERZOEK**

Peak flow:	Hart- en longauscultatie: (*)
Vitale Capaciteit:	
Pols:	
Bloeddruk:	

*(\*) bij afwijking submaximale inspanningsoefening*

**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,