

Licentienr.: _____ **KNAF Medisch Keuringsformulier 2012**

Naam & voornaam: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____ Postcode: _____

Woonplaats: _____

Aan te vragen licentie: CLUB / NATIONAAL (EU) INTERNATIONAAL

Handtekening aanvrager licentie:

(Onjuiste verklaringen kunnen de KNAF en/of de verzekeringsmaatschappij van haar verplichtingen ontslaan)

Gegevens eigen huisarts:

Naam: _____ Woonplaats: _____

Voor het verstrekken van een licentie voor deelname aan autosportwedstrijden is het noodzakelijk een inzicht te verkrijgen in uw gezondheidstoestand. De voor deze medische keuring benodigde gegevens worden verkregen door beantwoording van de vragen die hieronder zijn afgedrukt. De keuring is geldig tot 31 december van het jaar waarin men gekeurd is. **Deel B door een arts (niet zijnde uw huisarts) laten invullen.**

Internationale licentiehouders: tot 45 jaar rust ECG (altijd bij eerste aanvraag, daarna om het jaar). Vanaf het bereiken van de 45-jarige leeftijd is een inspannings ECG verplicht. De beoordeling van het ECG dient op de ommezijde van dit formulier door een bevoegd arts beschreven te worden met vermelding van de datum waarop het ECG heeft plaatsgevonden.

DEEL A verplicht door u zelf in te vullen!

Lijdt of heeft u geleden aan één van onderstaande ziekten, aandoeningen? Antwoord met ja of nee. Indien u ja invult, gelieve onderaan deze pagina uw antwoord toe te lichten.

Nr		ja	nee	Nr		ja	nee
1	Hartziekte, hoge bloeddruk – hartkloppingen, hartjagen, overslaan of onregelmatige hartslag			10	Bent u ooit om gezondheidsredenen afgekeurd voor een betrekking of verzekering		
2	Kortademigheid, pijn op de borst – gezwollen enkels, 's nachts vaak plassen			11	Staat u thans onder geneeskundige behandeling		
3	Duizeligheid, flauwvallen; Hersenschudding			12	Suikerziekte of schildklieraandoeningen		
4	Astma, hooikoorts, allergische aandoeningen; Overgevoeligheid voor voedsel / geneesmiddel			13	Weleens een ernstig ongeval gehad; Weleens een arm of been gebroken		
5	Afwijking bij urineonderzoek, bloed in urine			14	Gebruikt u geneesmiddelen (zie voor dopinglijst www.necedo.nl)		
6	Rugletsel, hernia, spit, ischias; Spierziekte of verlammingen			15	Bent u wel eens geopereerd (onderaan invullen waaraan)		
7	Tintelingen of pijnen in armen of benen; Pijnlijke en of stijve gewrichten, gewrichtsontstekingen			16	Polio, toevallen, geestesziekten, veelvuldige hoofdpijnen		
8	Bijzondere keel- neus- oor of oogaandoeningen			17	Longontsteking, andere longaandoeningen		
9	Gewicht			18	Lengte		

HEEFT U ÉÉN OF MEERDERE VRAGEN MET JA BEANTWOORD, GAARNE HET NR. IN TE VULLEN EN ERACHTER DE DUUR EN JAARTAL VAN ZIEKTE/AANDOENING EN HET HUIDIGE MEDICIJNGEBRUIK.

nr. ziekte/aandoening	Jaartal + duur ziekte/aandoening	Eventuele naam medicijnen + sterkte medicijnen

Ik, ondergetekende, verklaar de inlichtingen onder A naar mijn beste weten en naar waarheid te hebben gegeven en ben mij ervan bewust dat een verzwijging of verkeerde opgave de KNAF en/of de verzekeringsmaatschappij van haar verplichtingen ten opzichte van mij kan ontslaan. Mocht binnen 1 jaar na deze keuring mij een ongeval of ziekte overkomen, waardoor mijn rijvaardigheid beïnvloed zou kunnen worden, dan verplicht ik mij hiervan terstond mededeling te doen aan de Medische Commissie van de KNAF. Tevens machtig ik alle artsen, die mij behandeld hebben of behandelen zullen, de door de Medische Commissie van de KNAF gevraagde inlichtingen omtrent mijn gezondheidstoestand mede te delen. Tevens verklaar ik geen middelen te gebruiken zoals omschreven in het vigerende dopingreglement.

Handtekening aanvrager licentie:

Te _____ Datum _____ 20 _____

DEEL B DOOR EEN ARTS (NIET ZIJNDE UW HUISARTS) IN TE LATEN VULLEN

DEEL B

	JA	NEE		JA	NEE
Ogen: Brildragend			Bloeddruk waarde:		
Oogbewegingen afwijkend?			Afwijkingen in urine: eiwit		
Directe reactie op licht en convergentie			Afwijkingen in urine: glucose		
Nystagmus			Polsfrequentie en kwaliteit afwijkend?		
Gezichtsveld afwijkend?					
Kleuronderscheiding afwijkend?			Specifiek onderzoek indien anamnese hiertoe aanleiding geeft:		
Visus: Links waarde:					
Rechts waarde:			Beoordeling en datum inspannings ECG (zie voorzijde formulier)		
Romberg afwijkend?					

Naamstempel keurend arts:	Datum:	Handtekening keurend arts:
---------------------------	--------	----------------------------

In te vullen door Medische Commissie KNAF **ACCOORD LICENTIE** **NIET ACCOORD LICENTIE**

Datum: _____

Corrected eye sight (glasses or lenses)	YES	NO
Special medical supervision	YES	NO