

Licentienummer:

## KNAF Medisch Keuringsformulier 2009

Achternaam:

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)

Naam:

### Gegevens eigen huisarts:

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.

## GEWIJZIGD!

**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 ( daarna om het jaar).

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.

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

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

Nr.	Jaartal en duur ziekte / aandoening	Eventuele naam medicijnen + sterkte medicijnen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ik, ondergetekende, verklaar de inlichtingen onder A naar mijn beste weten en naar waarheid te hebben gegeven en ben mij ervan bewust dateen 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
Ogen: Brildragend		
Oogbeweging afwijkend?		
Directe reactie op licht en convergentie		
Nystagmus		
Gezichtsveld afwijkend?		
Kleuronderscheiding afwijkend?		
Visus: Links waarde:		
Visus: Rechts waarde:		
Romberg afwijkend?		

	JA	NEE
Bloeddruk waarde:		
Afwijking in urine: eiwit		
Afwijking in urine: glucose		
Polsfrequentie en kwaliteit afwijkend?		
Specifiek onderzoek indien anamnese hiertoe aanleiding geeft:		
Beoordeling en datum inspannings ECG (zie voorzijde formulier)		

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

### In te vullen door Medische Commissie KNAF:

**AKKOORD LICENTIE**

**NIET AKKOORD LICENTIE**

Datum: \_\_\_\_\_

Corrected eye sight (glasses or lenses)	<b>YES</b>	<b>NO</b>
Special medical supervision	<b>YES</b>	<b>NO</b>