

Licentienr: \_\_\_\_\_ **KNAF Medisch Keuringsformulier**  
 Naam: \_\_\_\_\_  
 Voornamen: \_\_\_\_\_  
 Adres: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_  
 Woonplaats: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Aan te vragen licentie:  CLUB / EU  INTERNATIONAAL

**Handtekening aanvrager:** (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. De delen B en C door een arts (niet zijnde uw huisarts) laten invullen. **Deel C alleen in laten vullen wanneer u internationale licentie aanvraagt. (U kunt zich dan niet tijdens een licentieavond laten keuren).**

**Inspannings ECG:** Indien gewenst door arts, echter om het jaar verplicht voor kandidaat van 50 jaar of ouder (voor een internationale licentie 45 jaar of ouder) De beoordeling van het inspannings ECG dient op de daarvoor bestemde plaats van het formulier door een bevoegd arts beschreven te worden met vermelding van de datum waarop het inspannings ECG heeft plaatsgevonden. Wij raden u aan om zich voor deze inspannings ECG bij een Sport Medisch Centrum te melden.

**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			11	Bent u de afgelopen 5 jaar tegen tetanus ingeënt		
2	Kortademigheid, pijn op de borst – gezwollen enkels, 's nachts vaak plassen			12	Astma, hooikoorts, allergische aandoeningen, Overgevoeligheid voor voedsel / geneesmiddel		
3	Duizeligheid, flauwvallen; Hersenschudding			13	Suikerziekte of schildklier-aandoeningen		
4	Zweer van de maag of 12-vingerige darm, Lever of galblaasaandoeningen, bloed of slijm / bij ontlasting			14	Lijdt of leed één van uw ouders/broers/zusters aan: suikerziekte, astma, beroerte, hartziekte of hoge bloeddruk		
5	Nierstenen, nier- en/of blaasontsteking; Afwijking bij urineonderzoek, bloed in urine			15	Weleens een ernstig ongeval gehad; Weleens een arm of been gebroken		
6	Rugletsel, hernia, spit, ischias; Spierziekte of verlammingen			16	Staat u thans onder geneeskundige behandeling		
7	Tintelingen of pijnen in armen of benen; Pijnlijke en of stijve gewrichten, gewrichtsontstekingen			17	Bent u ooit om gezondheidsredenen afgekeurd voor een betrekking of verzekering		
8	Liesbreuk			18	Bijzondere keel- neus- oor of oogaandoeningen		
9	Polio, toevallen, geestesziekten, Veelvuldige hoofdpijnen			19	Gebruikt u geneesmiddelen (zie voor dopinglijst <a href="http://www.necedo.nl">www.necedo.nl</a> )		
10	Longontsteking, andere longaandoeningen; Langdurig hoesten, bronchitis; Bloed opgeven			20	Bent u wel eens geopereerd (onderaan invullen waaraan)		

**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 kandidaat licentiehouder:**

Te \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

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

<b>DEEL B voor CLUB/EU LICENTIE</b>		<b>DEEL C extra bij INTERNATIONALE licentie</b>	
Urine: eiwit		Gewicht	
Urine: glucose		Lengte	
Bloeddruk		Afwijkingen Trommelvlies of gehoorgang	
Polsfrequentie en kwaliteit		Vindt u bij inspectie percussie en auscultatie Hart en longen in een normale toestand?	
Ogen: Brildragend		Vindt u afwijkingen aan buikorganen en/of bestaat er een breuk?	
Oogbewegingen		Zijn er anatomische of functionele afwijkingen Van extremiteiten, gewrichten of wervelkolom?	
Directe reactie of licht en convergentie		Zijn er stoornissen in de geestesvermogens of Van het zenuwstelsel?	
Nystagmus		Reflexen symmetrisch	
Gezichtsveld		Tremoren, oedeem	
Kleuronderscheiding		Specifiek onderzoek indien anamnese hiertoe aanleiding geeft:	
Visus: Links			
Rechts		Beoordeling en datum inspannings ECG (zie voorzijde formulier)	
Links + Rechts			
Romberg			

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)	<b>YES</b>	<b>NO</b>
Special medical supervision	<b>YES</b>	<b>NO</b>