

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

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

DEEL B voor CLUB/EU LICENTIE		DEEL C extra bij INTERNATIONALE licentie	
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)	YES	NO
Special medical supervision	YES	NO