**Medisch formulier ( gedeelte dat door de piloot zelf moet worden ingevuld )**Vul dit in en bezorg het ons terug , je dit dan via mail aan ons doorsturen jozef.sels@skynet.be of otrt@skynet.be
Of het meebrengen op 17 jan 2025 naar dokter Mathieu ( OTRT aanwezig )
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Naam en voornaam ……………………………………………………………………….

MEDISCH FORMULIER
1. LIJDT U OF HEBT U GELEDEN AAN ÉÉN VAN DE VOLGENDE AANDOENINGEN ?

a) Longen en luchtwegen (astma, bronchitis, tuberculose, pneumothorax) ? :

[ ]  **ja** [ ] **neen**

b) Hart en bloedvaten (infarct, hoge bloeddruk, bloedarmoede, hartkloppingen, bewustzijnsverlies, angor) ? :

[ ]  **ja** [ ] **neen** 

c) Zenuwstelsel (hersenschudding, evenwichtsstoornissen, epilepsie, verlamming) ? :

[ ]  **ja** [ ] **neen**

d) Maag en darmen (maagzweer, ziekte van Crohn of andere) ? :

[ ]  **ja** [ ] **neen**

e) Spieren, wervelzuil en gewrichten (breuken, hernia, « sciatique », lumbago, rheuma, acuut gewrichtsrheuma, chronische polyartritis) ? :

[ ]  **ja** [ ] **neen** 

f) Lever en galblaas (geelzucht) ? :

[ ]  **ja** [ ] **neen** 

g) Endocriene klieren en bloedziekten (schildklier, suikerziekte) ? :

[ ]  **ja** [ ] **neen** 

h) Hebt u ooit geleden aan andere ziekten, aandoeningen of gebreken ? Welke ? :
[ ]  **ja** [ ] **neen** 

i) Bent u ooit geopereerd ? :

[ ]  **ja** [ ] **neen**

j) Lijdt u aan gehoorsstoornissen ?:

Linkeroor :

[ ]  **ja** [ ] **neen**

Rechteroor :

[ ]  **ja** [ ] **neen** 

k) Lijdt u aan gezichtsstoornissen ?:

Linkeroog :

[ ]  **ja** [ ] **neen** 

Rechteroog :

[ ]  **ja** [ ] **neen** 

l) Draagt u een bril of contactlenzen ?

 [ ]  **ja** [ ] **neen**

:

m) Is uw kleurenzicht normaal ? :

[ ]  **ja** [ ] **neen**

n) Datum van het laatste oogonderzoek :



o) Neemt u regelmatig geneesmiddelen ? Zo ja, welke ? :

[ ]  **ja** [ ] **neen**

p) Bent u aangetast door een gebrek of invaliditeit ? Zo ja, welk ? Sinds wanneer ? :

[ ]  **ja** [ ] **neen**

q) Beoefent u regelmatig een andere sport dan de autosport ? :

[ ]  **ja** [ ] **neen**

r) Hebt u allergieën (eczeem, hooikoorts, astma, geneesmiddelenallergie) ? :

[ ]  **ja** [ ] **neen**

s) Onderging u al een bloedtransfusie ? Zo ja, waarom ?

[ ]  **ja** [ ] **neen**

t) Draagt u een tandprothese ?:

[ ]  **ja** [ ] **neen**

u) Vanaf 45 jaar : Datum van het laatste cardiologisch onderzoek met inspanningstest:


Gedaan te ………………………………………………….

Op : ……………………../…………../ 2024