

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 18 febr 2022 naar dokter Mathieu (OTRT aanwezig)

NAAM EN VOORNAAM NAAMKlik of tik om tekst in te voeren.

MEDISCHE KEURING

Jaarlijks medisch bewijs van bekwaamheid om motorsport te beoefenen, afgegeven door [een goedgekeurde arts](#).

Ik erken dat ik mezelf op de hoogte heb gesteld van de antidopingwetgeving

ja neen

Ik weet dat ik, bij elk gebruik van medicatie, eerst dien te verifiëren of deze al dan niet in strijd zijn met de Anti-Doping Regelgeving van de WADA-AMA

ja neen

Ik vraag een vrijstelling voor therapeutisch gebruik aan met verwijzing naar AMA / WADA-vermeldingen

ja neen

Ik ben in behandeling met een antistollingsmiddel

ja neen

Gelieve deze medische vragenlijst in te vullen [voordat U naar de erkende arts gaat](#). Dit zal uw afspraak vlotter laten verlopen en de erkende arts zal de ingevulde antwoorden in uw online medisch dossier terrugvinden.

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 polyarthritis) ? :

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: