

Naam &amp; voornaam: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Aan te vragen licentie: ☐ OFFICIAL in de functie als \_\_\_\_\_**Handtekening aanvrager licentie:**

(Onjuiste verklaringen kunnen de KNAF en/of de verzekeringsmaatschappij van haar verplichtingen ontslaan)

**Gegevens eigen huisarts:**

Naam: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Voor verlenging van de licentie kan het vereist zijn periodiek een cursus te volgen en/of examen te doen. De minimale leeftijd voor het verkrijgen van een official licentie is 18 jaar (met uitzondering van bepaalde secties en functies). De maximum leeftijd voor een official licentie is 75 jaar. Dispensatie is te verkrijgen na het goed doorstaan van een medische keuring welke beoordeeld zal worden door de KNAF Medische Commissie en na akkoord van de betreffende sectie.

Voor het verstrekken van een licentie voor deelname aan kart- en autosportwedstrijden als official 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 3 maanden na keuringsdatum. **Deel B door een arts (niet zijnde uw huisarts) laten invullen.**

**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       |    |     | 10  | Bent u ooit om gezondheidsredenen afgekeurd voor een betrekking of verzekering |    |     |
| 2   | Kortademigheid, pijn op de borst – gezwollen enkels, 's nachts vaak plassen                       |    |     | 11  | Staat u thans onder geneeskundige behandeling                                  |    |     |
| 3   | Duizeligheid, flauwvallen; Hersenschudding                                                        |    |     | 12  | Suikerziekte of schildklier-aandoeningen                                       |    |     |
| 4   | Astma, hooikoorts, allergische aandoeningen; Overgevoeligheid voor voedsel / geneesmiddel         |    |     | 13  | Weleens een ernstig ongeval gehad; Weleens een arm of been gebroken            |    |     |
| 5   | Afwijking bij urineonderzoek, bloed in urine                                                      |    |     | 14  | Gebruikt u geneesmiddelen                                                      |    |     |
| 6   | Rugletsel, hernia, spit, ischias; Spierziekte of verlammingen                                     |    |     | 15  | Bent u wel eens geopereerd (onderaan invullen waaraan)                         |    |     |
| 7   | Tintelingen of pijnen in armen of benen; Pijnlijke en of stijve gewrichten, gewrichtsontstekingen |    |     | 16  | Polio, toevallen, geestesziekten, veelvuldige hoofdpijnen                      |    |     |
| 8   | Bijzondere keel- neus- oor of oogaandoeningen                                                     |    |     | 17  | Longontsteking, andere longaandoeningen                                        |    |     |
| 9   | Gewicht                                                                                           |    |     | 18  | Lengte                                                                         |    |     |

**HEEFT U ÉÉN OF MEERDERE VRAGEN MET JA BEANTWOORD, GAARNE HET NR. IN TE VULLEN EN ERACHTER DE DUUR EN HET HUIDIGE MEDICIJN GEBRUIK TE VERMELDEN.**

| Nr. | Jaartal + duur ziekte/aandoening | Eventuele naam medicijnen + sterkte medicijnen |
|-----|----------------------------------|------------------------------------------------|
|     |                                  |                                                |
|     |                                  |                                                |
|     |                                  |                                                |

Hierbij verklaar ik, ondergetekende, de informatie in deel A van het keuringsformulier naar mijn geweten en naar waarheid te hebben ingevuld. Ik ben mij er van bewust dat een verzwijging of verkeerde opgave hiervan de KNAF en/of de verzekeringsmaatschappij van haar verplichtingen ten opzichte van mij kan ontslaan. Indien na deze keuring mij een ongeval of ziekte overkomt, waardoor mijn handelingsbekwaamheid beïnvloed zou kunnen worden, dan verplicht ik mij hiervan mededeling te doen aan de Medische Commissie van de KNAF. Ook machtig ik alle artsen, die mij behandeld hebben of behandelen gaan, de door de Medische Commissie van de KNAF gevraagde inlichtingen omtrent mijn gezondheidstoestand mede te delen.

Handtekening aanvrager licentie:

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

## DEEL B DOOR EEN ARTS (NIET ZIJNDE UW HUISARTS) IN TE LATEN VULLEN

### DEEL B

|                                          | JA | NEE |                                                                  | JA | NEE |
|------------------------------------------|----|-----|------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Ogen: Bril- of lenzen dragend            |    |     | Bloeddruk<br>waarde:                                             |    |     |
| Oogbewegingen afwijkend?                 |    |     | Afwijkingen in urine: eiwit                                      |    |     |
| Directe reactie op licht en convergentie |    |     | Afwijkingen in urine: glucose                                    |    |     |
| Nystagmus                                |    |     | Polsfrequentie en kwaliteit afwijkend?                           |    |     |
| Gezichtsveld afwijkend?                  |    |     | Specifiek onderzoek indien anamnese hiertoe<br>aanleiding geeft: |    |     |
| Kleuronderscheiding afwijkend?           |    |     |                                                                  |    |     |
| Visus: Links<br>waarde:                  |    |     |                                                                  |    |     |
| Rechts<br>waarde:                        |    |     |                                                                  |    |     |
| Romberg afwijkend?                       |    |     |                                                                  |    |     |

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

In te vullen door Medische Commissie KNAF

☐ AKKOORD LICENTIE

☐ NIET AKKOORD LICENTIE

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