

AANVRAAGFORMULIER VOOR EEN MEDISCHE VERKLARING

Volledig invullen, zie bijlage voor instructie

Nederland

MEDISCH VERTROUWELIJK

(1) JAA-staat, waar het brevet wordt uitgegeven:		(2) Aangevraagde klasse medische verklaring: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (ATC) <input type="checkbox"/> Anders	
(3) Achternaam:	(4) Eerdere achternaam(namen):		(12) Aanvraag: <input type="checkbox"/> Initiële keuring <input type="checkbox"/> Herhalingskeuring
(5) Voornamen:	(6) Geboortedatum:	(7) Geslacht: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	(13) Referentienummer: Social Security Number
(8) Geboorteplaats en -land:	(9) Nationaliteit:		(14) Type brevet dat wordt aangevraagd:
(10) Vast adres: Land: Telefoonnummer:	(11) Postadres, indien afwijkend: Land: Telefoonnummer:		(15) (voornaamste) Beroep: (16) Werkgever:
(18) Houder van bewijs van bevoegdheid	Brevetnummer:	Land van uitgifte:	(17) Vorige vliegmedische keuring: Datum: Plaats:
(20) Is ooit een medische verklaring geweigerd, aangehouden of ingetrokken in binnen- of buitenland? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Datum: Land: Details:			(19) Voorwaarden/beperkingen variaties op het brevet/medische verklaring: <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Details:
(24) Is er sprake van enig ongeval of gerapporteerd incident sedert de vorige keuring? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Datum: Plaats: Details:			(21) Totaal aantal vliegreizen: (22) Vliegtijd sedert de vorige keuring:
(27) Alcoholgebruik; gemiddeld aantal eenheden per week:			(23) Luchtvaartuig waarop thans gevolgen wordt:
(28) Gebruikt u momenteel medicijnen? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Naam medicijn, dosering, begindatum en reden gebruik:			(25) Beoogde vliegactiviteit: (26) Huidige vliegactiviteit: <input type="checkbox"/> Éénvlieger <input type="checkbox"/> Meervlieger
			(29) Rookt u? <input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Datum waarop u gestopt bent: Geef soort en hoeveelheid op:

Algemene en medische voorgeschiedenis: Lijdt u, of heeft u ooit geleden aan een van de volgende aandoeningen? Achter elke vraag moet JA of NEEN (of zoals aangegeven) worden aangekruist. Geef details van de met JA beantwoorde vragen in het vakje opmerkingen.

	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	
(101) Oogproblemen/ oogoperatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(112) Neus-, keel-, of spraakstoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(123) Malaria of andere tropische ziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alleen voor vrouwen: (150) Gynaecologische, menstruele problemen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (151) Bent u zwanger? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(102) Ooit bril/contactlenzen gedragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Hoofddletsel of hersenschudding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(124) Positieve HIV-test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(103) voorschrift of wijziging van voorschrift voor bril/contactlenzen sedert de vorige keuring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(114) Frequente of ernstige hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(125) Seksueel overdraagbare ziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In de familie: (170) Hartziekte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (171) Hoge bloeddruk <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (172) Hoog cholesterolgehalte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (173) Epilepsie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (174) Geestesziekte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (175) Suikerziekte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (176) Tuberculose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (177) Allergie, astma, eczeem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (178) Erfelijke afwijkingen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (179) Glaucoom (verhoogde oogbaldruk) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(104) Hooikoorts of andere allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(115) Duizeligheid of flauwvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(126) Ziekenhuisopname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(105) Astma of longziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(116) Bewusteloosheid door welke oorzaak dan ook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(127) Enige andere ziekte of letsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(106) Hart- of vaatproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(117) Neurologische stoornisse: epilepsie, toevallen, verlammingen etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(128) Artsenbezoek sedert de vorige medische keuring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(107) Hoge of lage bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Psychische problemen; depressie, angst etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(129) Weigering van een levensverzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(108) Niersteen of bloed in urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(119) Alcohol-/drug-/ of medicijnmisbruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(130) Weigering van vliegbrevet/medische verklaring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(109) Suikerziekte, hormonale stoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(120) Zelfmoordpoging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(132) Medische afkeuring voor militaire dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(110) Maag-, lever- of darmproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(121) Lucht-, zee- of wagenziekte waarvoor medicatie nodig was	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(133) Uitkering of vergoeding wegens ziekte of letsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(111) Slechthorendheid, oorproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(122) Bloedarmoede, dragerschap sikkcelziekte of andere bloedafwijkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

(30) Opmerkingen:

Indien eerder aangegeven en sindsdien niet veranderd, dit vermelden. Ja Nee

(31) Verklaring: Hierbij verklaar ik dat ik de antwoorden hierboven zorgvuldig heb overwogen, dat zij volgens mijn beste weten volledig en juist zijn en dat ik geen relevante informatie heb achtergehouden of enig misleidend antwoord gegeven heb. Ik ben mij ervan bewust dat indien ik een onjuist of misleidend antwoord geef heb in verband met deze aanvraag, of onvoldoende medische informatie kan verschaffen, de autoriteit kan weigeren mij de medische verklaring te verstrekken en iedere medische verklaring die hij verstrekt, kan intrekken, onverminderd mijn eigen verantwoording jegens de wet.

Machtiging tot het verstrekken van medische informatie: hierbij geef ik toestemming tot het verstrekken van alle informatie in dit rapport, met alle bijlagen, aan de door of namens de Minister ingestelde AMS en waar nodig aan de door een andere staat benoemde AMS, beseffend dat deze documenten en elektronisch opgeslagen gegevens gebruikt dienen te worden voor de medische geschiktheidsbepaling en dat zij eigendom zijn en blijven van de Autoriteit, onder voorwaarde dat ik of mijn arts volgens de nationale regelgeving, toegang hebben tot deze gegevens en het medisch beroepsgeheim altijd zal worden gerespecteerd.

Datum	Handtekening aanvrager	Handtekening geneeskundige	Naam en adres van de keuringsarts: Telefoon: Telefax: AME Nr.:
-------	------------------------	----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------