

Naam & voornaam: _____ Geboortedatum: _____

Aan te vragen licentie: CLUB / NATIONAAL (EU) INTERNATIONAAL**Handtekening aanvrager licentie:**

(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 kart- en 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. **Deel B door een arts (niet zijnde uw huisarts) laten invullen.**

Internationale licentiehouders: tot 45 jaar rust ECG, vanaf 45-jarige leeftijd is een inspannings ECG verplicht. Een ECG dient gemaakt te worden bij een eerste aanvraag, daarna om het jaar. De beoordeling van het ECG dient op de ommezijde van dit formulier door een bevoegd arts beschreven te worden met vermelding van de datum waarop het ECG heeft plaatsgevonden.

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 (zie voor dopinglijst: www.knaf.nl/reglementen/algemeen/dopingreglement) | | |
| 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 MEDICIJNGBRUIK TE VERMELDEN.

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

Indien u medicatie gebruikt die op de dopinglijst staat dient u dispensatie aan te vragen bij de Nationale Doping Autoriteit. Medicijnen controleren en dispensatie aanvragen kan via: www.dopingautoriteit.nl. Indien u een **internationale** licentie aanvraagt, dient u dispensatie aan te vragen bij de FIA. Op www.fia.com/sports/anti-doping/therapeutic-use-exemptions is het Therapeutic Use Exemption (TUE) aanvraagformulier te downloaden.

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 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 waarde: | | |
| Oogbewegingen afwijkend? | | | Afwijkingen in urine: eiwit | | |
| Directe reactie op licht en convergentie | | | Afwijkingen in urine: glucose | | |
| Nystagmus | | | Polsfrequentie en kwaliteit afwijkend? | | |
| Gezichtsveld afwijkend? | | | | | |
| Kleuronderscheiding afwijkend? | | | Specifiek onderzoek indien anamnese hiertoe aanleiding geeft: | | |
| Visus: Links waarde: | | | Beoordeling en datum inspannings ECG (zie voorzijde formulier) | | |
| Rechts waarde: | | | | | |
| Romberg afwijkend? | | | | | |

| | | |
|---------------------------|--------|----------------------------|
| 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 |