

Aanvraag voor een Medische Verklaring ICAO – Klasse 2 – Zweefvliegen



MEDISCH GEHEIM



Gebruik DRUKLETTERS om dit formulier in te vullen a.u.b.

Aanvrager:

A

(1) Naam: (2) Voorna(a)m(en):

(3) Geboortedatum : (DD-MM-JJJJ) (4) Geboorteplaats/land: (5) Nationaliteit: (6) Geslacht:
M / V

(7) Adres Straat :
Postcode : Woonplaats:

Telefoonnummer :

B

(8) Initieel onderzoek *Kruis het passende aan a.u.b.*
 Hernieuwing

(9) Zo ja, Vergunningnummer:

(10) Datum laatste onderzoek: Plaats :

(11) Werden beperkingen opgelegd?: Neen / Ja
Zo ja, welke:

(12) Werd u ooit een medische verklaring voor de luchtvaart geweigerd, geschorst? Neen / Ja
Zo ja, wanneer: Waar:

Reden:

(13) Was u betrokken bij een luchtvaartongeval / Incident sedert het laatste onderzoek? Neen / Ja
Zo ja, wanneer: Waar:

Details :

(14) Gebruik van alcohol op weekbasis :

(15) Rookt u: Neen - Gestopt met roken sedert:
 Ja, wekelijks verbruik :

(16) Gebruikt u op dit ogenblik enige vorm van medicatie? Neen / Ja
Zo ja, wat:

Sedert: Waarom?

C

(17) Algemene medische antecedenten:

Vertoont u antecedenten van of lijdt u aan een van de volgende aandoeningen? Aanduiden met ja/neen, de met 'Ja' beantwoorde vragen dienen onder (18) te worden toegelicht.

	<u>Ja</u>	<u>Neen</u>		<u>Ja</u>	<u>Neen</u>
(101) Oogziekte/oogoperatie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(111) Doofheid, oorproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(102) Draagt u een bril/lenzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(112) Neus, keel of spraakproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(103) Zijn de voorschriften voor bril/lenzen gewijzigd sedert het vorige onderzoek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(113) Hoofdletsel of hersenschudding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(104) Hooikoorts, allergieën	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(114) Frequent hevige hoofdpijn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(105) Astma, longziekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(115) Duizeligheid of bezwijming	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(106) Hart/vaatstelselproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(116) Bewusteloosheid voor gelijk welke reden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(107) Te hoge of te lage bloeddruk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(117) Zenuwstoornissen, aanval, epilepsie, ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(108) Nierstenen/bloed in urine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(118) Psychologische of psychiatrische problemen van diverse aard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(109) Suikerziekte of hormonale storingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(119) Alcohol/drug misbruik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(110) Maag, lever, darmproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(120) Poging tot zelfmoord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<u>Ja</u> <u>Neen</u>			<u>Ja</u> <u>Neen</u>	
(121) Bewegingsziekte die medicatie vereist	o	o	(127) Andere ziekte / verwonding	o	o
(122) Bloedarmoede, sikkelcelstoornis, andere bloedziekte	o	o	(128) Raadpleging geneesheer sedert vorig medisch onderzoek	o	o
(123) Malaria / andere tropische ziektes	o	o	(129) Weigering van levensverzekering	o	o
(124) Een positieve HIV-test	o	o	(130) Werd vliegvergunning geweigerd	o	o
(125) Sexueel overdraagbare ziekte	o	o	(131) Uitkering/pensioen omwille van ziekte/handicap	o	o
(126) Opname in een ziekenhuis	o	o			
Alleen voor vrouwen:					
(150) Gynaecologische/menstruatieproblemen	o	o			
(151) Bent u zwanger	o	o			
Familiale historiek/erfelijkheidsfactoren:					
(170) Hartproblemen	o	o			
(171) Hoge bloeddruk	o	o			
(172) Hoog cholesterolgehalte	o	o			
(173) Epilepsie	o	o			
(174) Mentale problemen	o	o			
(175) Diabetes	o	o			
(176) Tuberculose	o	o			
(177) Allergie/astma/eczema	o	o			
(178) Erfelijkheidsproblemen	o	o			
(179) Glaucoma (verhoogde oogboldruk)	o	o			

(18) Geef hier details bij een 'Ja' antwoord:

.....

.....

D

(19) Verklaring:

Ik verklaar op de hoger gestelde vragen naar best vermogen te hebben geantwoord, geen relevante informatie te hebben verzwegen, noch misleidende verklaringen te hebben afgelegd. Ik aanvaard dat enige valse verklaring of misleiding zal leiden tot het weigeren van het afleveren van een medisch attest. De inhoud van dit rapport en gegevens van eventuele bijkomende onderzoeken mogen door de betrokken medische diensten worden bewaard en gebruikt als nodig. Ikzelf als mijn huisdokter hebben evenwel inzagerecht. Het medisch geheim moet worden gewaarborgd.

Datum:

Handtekening van de aanvrager

INSTRUCTIES

- Dit aanvraagformulier en alle bijgevoegde rapporten zijn vereist in overeenstemming met de aanbevelingen van ICAO en worden minstens 5 jaar bewaard door de onderzoekende geneesheer.
- De aanvrager vult persoonlijk dit aanvraagformulier in. De vakken A en B kunnen vooraf worden ingevuld. Vak C moet onder begeleiding van de onderzoekende geneesheer worden ingevuld. Hierna volgt de ondertekening in vak D.
- Niet volledig ingevulde alsook niet ondertekende aanvragen zullen worden geweigerd.