

MEDISCH ONDERZOEK

(in te vullen en te bewaren door de geneesheer *)



Persoonlijke gegevens

Naam:	Voornaam:	Geboortedatum:
Adres:		
Geslacht:		

Normaal		Abnormaal	Details (indien abnormaal)
<input type="checkbox"/>	Hart en bloedvatenstelsel	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Bloeddruk	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Pols	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Ademhalingsstelsel	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Zenuwstelsel centraal	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	perifeer	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Neus, keel en oor	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	gehoor- en R	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	evenwichtssysteem L	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Bewegingsstelsel	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	arm R	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	L	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	been R	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	L	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	wervelzuil	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Abdomen (hernia)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Urine Albumine	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Glucose	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Ogen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	gezichtsscherpte R	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	zonder correctie L	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	idem R	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	met correctie L	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	kleurenzicht	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	gezichtsveld	<input type="checkbox"/>	

Indien U oordeelt dat verdere onderzoeken aangewezen of nuttig zijn, dan dienen deze te worden uitgevoerd alvorens de kandidaat geschikt kan worden verklaard.

- Deze persoon is medisch geschikt om deel te nemen aan motorsportcompetitie.
- Deze persoon is medisch **NIET** geschikt om deel te nemen aan motorsportcompetitie.
- Deze persoon dient onderzocht te worden door een lid van de Medische Commissie van Motorsport Vlaanderen of door een dokter aangeduid door deze commissie.

Datum van het onderzoek

Handtekening en stempel van de geneesheer

Het honorarium voor het onderzoek is volledig ten laste van de piloot en mag in geen geval worden verrekend via het RIZIV.

* Dit document dient te worden bewaard in het medisch dossier en op verzoek te worden doorgestuurd naar de Medische Commissie van Motorsport Vlaanderen of de raadsgeneesheer van de verzekeringsmaatschappij.

Motorsport Vlaanderen - Medische Commissie, Gentessteenweg 349/11 , 9300 Aalst - Tel: 053/70.66.50 - E-mail: info@motorsport.vlaanderen

MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

(in te vullen door de piloot en te bewaren door de geneesheer *)



Persoonlijke gegevens

Naam:	Voornaam:	Geboortedatum:
Adres:		
Geslacht:		

Neen		Ja	Details (indien ja) *
<input type="checkbox"/>	Bewustzijnsverlies, draaierigheid of hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Problemen met de ogen of bij het zien (behalve bril)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Kortademigheid of astma	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Allergie voor medicatie	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Hartproblemen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Hoge of lage bloeddruk	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Maagproblemen (maagzweer,...)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Uro-genitale problemen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Epilepsie of stuipen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Geestes- of zenuwaandoening	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Problemen met armen of benen, incl. spierkrampen of gewrichtsstijfheid	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Bloedaandoening met neiging tot bloeden	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Ongevallen - Operaties	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Neemt U enige medicatie?	<input type="checkbox"/>	

* vermelden of het gaat om een al dan niet vroeger doorgemaakte aandoening

1. Ik heb nooit een medisch verbod gekregen voor het beoefenen van enige andere sport.
2. Ik gebruik geen drugs en ook niet overmatig alcohol.
3. Ik ben akkoord dat in geval van kwetsuur de nodige informatie doorgegeven wordt aan de koersdirecteur, mijn verwanten, mijn huisdokter en Motorsport Vlaanderen.
4. Alle informatie, die ik hierboven heb gegeven, strookt volledig met de waarheid.
5. Ik ben akkoord dat de informatie op de formulieren Medische Voorgeschiedenis en Medisch Onderzoek wordt doorgestuurd naar de Medische Commissie van Motorsport Vlaanderen en in geval van schade naar de raadsgeneesheer van de verzekeringsmaatschappij.

Datum

Handtekening van de piloot (ouder of voogd indien minderjarig)

* Dit document dient te worden bewaard in het medisch dossier en op verzoek te worden doorgestuurd naar de Medische Commissie van Motorsport Vlaanderen of de raadsgeneesheer van de verzekeringsmaatschappij.
Motorsport Vlaanderen - Gentsessesteenweg 349/11 , 9300 Aalst - Tel: 053/70.66.50 - E-mail: info@motorsport.vlaanderen