



AANVRAAGFORMULIER MEDISCHE VERKLARING TANDEMMASTER

MEDISCH VERTROUWELIJK

(1) Gevraagde klasse medische verklaring: Tandemmaster			
(2) Aanvraag <input type="checkbox"/> Initiële keuring <input type="checkbox"/> Herhalingskeuring		(3) Houder van brevet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee indien ja, brevetnummer:	
(4) Naam:		(5) Voornamen:	
(6) Geboorteplaats en land:		(7) Geboortedatum	(8) Geslacht
(9) Nationaliteit			
(10) Vast adres: Telefoonnummer:		(11) Postadres (indien afwijkend van vast adres):	
(12) Vorige keuring: datum: plaats:		(13) Voorwaarden/beperkingen variaties op het brevet/medische verklaring: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Indien ja details:	
(14) Is ooit een medische verklaring geweigerd, aangehouden of ingetrokken in binnen- of buitenland? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja datum: land: details:			
(15) Is er sprake van enig ongeval of gerapporteerd incident sedert de vorige keuring? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja datum: plaats: details:			
(16) Alcoholgebruik; gemiddeld aantal eenheden per week:			
(17) Gebruikt u momenteel medicijnen? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja te weten (naam medicijn, dosering, begindatum, reden gebruik):			
(18) Rookt u of hebt u gerookt? <input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> niet meer sedert: <input type="checkbox"/> ja (soort, aantal jaren):			



Algemene en medische voorgeschiedenis:

Heeft u of heeft u het volgende ooit gehad? Iedere vraag met JA (J) of NEE (N) beantwoorden.

De met JA beantwoorde vragen dienen onder punt (19) Opmerkingen te worden toegelicht.

	J	N		J	N
101 oogproblemen / oogoperatie			117 neurologische stoornissen: epilepsie, toevallen, verlammingen etc		
102 ooit bril/contactlenzen gedragen			118 psychische problemen; depressie, angst etc		
103 voorschrift of wijziging van voorschrift voor bril/contactlenzen sedert de vorige keuring			119 alcohol-/drug-/ of medicijnmisbruik		
104 hooikoorts of andere allergie			120 zelfmoordpoging		
105 astma of longziekte			121 lucht-, zee- of wagenziekte waarvoor medicatie nodig was		
106 hart- of vaatproblemen			122 bloedarmoede, dragerschap sikkelcelziekte of andere bloedafwijkingen		
107 hoge of lage bloeddruk			123 seksueel overdraagbare ziekte		
108 niersteen of bloed in urine			124 ziekenhuisopname		
109 suikerziekte of hormonale stoornissen			125 enige andere ziekte of letsel		
110 maag-, lever- of darmproblemen			126 artsbezoek sedert de vorige medische keuring		
111 slechthorendheid, oorproblemen			127 weigering van vliegbrevet/medische verklaring		
112 neus-, keel-, of spraakstoornis					
113 hoofdletsel of hersenschudding			Alleen voor vrouwen:		
114 frequente of ernstige hoofdpijn			150 gynaecologische, menstruele problemen		
115 duizeligheid of flauwvallen			151 bent u zwanger?		
116 bewusteloosheid door welke oorzaak dan ook					

(19) Opmerkingen: indien eerder aangegeven en sindsdien niet veranderd, dit vermelden

(20) Verklaring

Hierbij verklaar ik dat ik de antwoorden hierboven zorgvuldig overwogen heb en 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 gegeven heb in verband met deze aanvraag, of onvoldoende informatie verschaft of kan verschaffen, de autoriteit kan weigeren mij een Medische Verklaring te verstrekken en iedere Medische Verklaring die hij verstrekte kan intrekken, onverminderd mijn eigen verantwoordelijkheid jegens de wet.

Volgens de Wet op de medische keuringen moeten keuringsgegevens worden bewaard zolang dat noodzakelijk is voor het doel waarvoor de keuring is verricht. Hierbij geef ik derhalve toestemming aan de arts voor het verwerken en bewaren van alle informatie in het rapport, erkennend dat dit document en alle andere medische gegevens worden gebruikt om een medisch dossier aan te leggen. Het medisch beroepsgeheim en alle privacy voorwaarden voortvloeiend uit de Privacy Verordening zullen uiteraard gerespecteerd worden.

datum:

handtekening aanvrager:

handtekening geneeskundige: