

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 3 maanden na keuringsdatum. **Deel B door een arts (niet zijnde uw huisarts) laten invullen.**

Internationale licentiehouders: tot 60 jaar rust ECG, deze ECG dient gemaakt te worden bij een eerste aanvraag, daarna in de afgelopen 36 maanden. Vanaf 60-jarige leeftijd is een ECG verplicht, waarvan om het jaar een inspannings ECG. 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 MEDICIJNGBEGRUIK 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.

Hierbij verklaar ik, ondergetekende, de informatie in deel A van het keuringsformulier naar mijn geweten en naar waarheid te hebben ingevuld. Ik ben mij er van bewust dat een verzwijging of verkeerde opgave hiervan de KNAF en/of de verzekeringsmaatschappij van haar verplichtingen ten opzichte van mij kan ontslaan. Indien na deze keuring mij een ongeval of ziekte overkomt, waardoor mijn rijvaardigheid beïnvloed zou kunnen worden, dan verplicht ik mij hiervan mededeling te doen aan de Medische Commissie van de KNAF. Ook machtig ik alle artsen, die mij behandeld hebben of behandelen gaan, de door de Medische Commissie van de KNAF gevraagde inlichtingen omtrent mijn gezondheidstoestand mede te delen. Hierbij verklaar ik tevens geen middelen te gebruiken zoals omschreven in het geldige 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?			Specifiek onderzoek indien anamnese hiertoe aanleiding geeft:		
Kleuronderscheiding afwijkend?					
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

☐ AKKOORD LICENTIE

☐ NIET AKKOORD LICENTIE

Datum: _____

Corrected eye sight (glasses or lenses)	YES	NO
Special medical supervision	YES	NO