



AANVRAAGFORMULIER MEDISCHE VERKLARING

VOLLEDIG INVULLEN IN HOOFDLETTERS - ZIE BIJLAGE VOOR INSTRUCTIE

Nederland

Medisch vertrouwelijk

(1) Lidstaat waar brevet wordt afgegeven:		(2) Aanvraag medische certificaat klasse: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Cabin Crew <input type="checkbox"/> Anders	
(3) Achternaam:	(4) Eerdere achternaam(namen):		(12) Aanvraag: <input type="checkbox"/> Initieel <input type="checkbox"/> Verlenging/vernieuwing
(5) Voornamen:	(6) Geboortedatum:	(7) Geslacht: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	(13) Referentie nummer: <input type="text"/> Burgerservicenummer <input type="text"/>
(8) Geboorteplaats en -land:	(9) Nationaliteit:		(14) Type brevet dat wordt aangevraagd:
(10) Vast adres: Telefoon Nr.: Mobiel Nr.: Email:	(11) Postadres (indien afwijkend): Telefoon Nr.:		(15) (voornaamste) Beroep:
(18) Houder van bewijs van bevoegdheid	Brevetnummer:	Land van uitgifte:	(16) Werkgever:
(20) Is ooit een medische verklaring geweigerd, geschorst of ingetrokken door enige vergunningverlenende autoriteit? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Datum: <input type="text"/> Land: <input type="text"/> Details:			(17) Vorige vliegmedische keuring: Datum: <input type="text"/> Plaats: <input type="text"/>
(24) Is er spake van enig luchtvaartongeval of gerapporteerd incident sedert de vorige keuring? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Datum: <input type="text"/> Plaats: <input type="text"/> Details:			(19) Voorwaarden, beperkingen op het brevet/medisch certificaat: <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Details:
(27) Drinkt u alcohol? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, aantal <input type="text"/>			(21) Totaal aantal vliegenuren: <input type="text"/> (22) Vliegtijd sedert de vorige keuring: <input type="text"/>
(28) Gebruikt u op dit moment medicijnen? Naam medicijn, dosering, begindatum en reden gebruik: <input type="text"/>			(23) Luchtvaartuig waarop thans gevlogen wordt:
			(25) Beoogde vliegactiviteit:
			(26) Huidige vliegactiviteit: <input type="checkbox"/> Eenvlieger <input type="checkbox"/> Meervlieger Huidige ATCO activiteit: <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> ACS
			(29) Rookt u tabak? <input type="checkbox"/> Nee, nooit <input type="checkbox"/> Nee, datum gestopt: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ja, geef soort en hoeveelheid op: <input type="text"/>

Algemene en medische voorgeschiedenis. Lijdt u aan, of heeft u ooit geleden aan een van de volgende aandoeningen? Achter elke vraag moet JA of NEE (zoals aangegeven) worden aangekruist. Geef details van de met JA beantwoorde vragen in het vakje opmerkingen (30).

	Nee		Ja		Nee		Ja		Nee		Ja		Nee		
(101) Oogproblemen/oogoperatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(112) Neus-, keel- of spraakstoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(123) Malaria of andere tropische ziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiegeschiedenis:				
(102) Ooit bril/contactlenzen gedragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Hoofddoel of hersenschudding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(124) Positieve HIV test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(170) Hartziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(103) Voorschrift of wijziging van voorschrift oor bril/contactlenzen sedert de vorige keuring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(114) Frequente of ernstige hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(125) Seksueel overdraagbare aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(171) Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(104) Hooikoorts of andere allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(115) Duizeligheid of flauwvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(126) Slaapstoornissen, -apneusyndroom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(172) Hoog cholesterolgehalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(105) Astma of longziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(116) Bewusteloosheid door welke oorzaak dan ook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(127) Aandoeningen aan het bewegingsapparaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(106) Hart- of vaatproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(117) Neurologische stoornissen: epilepsie, toevallen, verlammingen etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(128) Enige andere ziekte of letsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(174) Psychische/psychiatrische ziekte of zelfmoord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(107) Hoge of lage bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Psychologische/psychiatrische problemen van welke aard dan ook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(129) Ziekenhuisopname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(175) Suikerziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(108) Niersteen of bloed in urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(119) Alcohol-, drugs- of medicijnmisbruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(130) Artsenbezoek sedert de vorige medische keuring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(109) Suikerziekte, hormonale stoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(120) Zelfmoordpoging of zelfverwonding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(131) Weigering van een levensverzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(177) Allergie, astma, eczeem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(110) Maag-, lever- of dampproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(121) Lucht-, zee-, of wagenziekte waarvoor medicatie nodig was	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(132) Weigering van een vliegbrevet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(178) Erfelijke afwijkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(111) Slechthorendheid, oorproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(122) Bloedarmoede, (drager van) sikkeloelziekte of andere bloedafwijkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(133) Medische afkeuring voor militaire dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(179) Glaucoom (verhoogde oogbeldruk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										Alleen voor vrouwen:					
										(150) Gynaecologische, menstruele problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
										(151) Bent u zwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

(31) Verklaring: Ik verklaar hierbij dat ik de bovenstaande verklaringen zorgvuldig heb overwogen en dat deze naar mijn overtuiging volledig en correct zijn en dat ik geen relevante informatie heb achtergehouden of enig misleidende verklaringen gedaan heb. Ik begrijp dat, als ik in verband met deze aanvraag valse of misleidende verklaringen heb afgelegd of de ondersteunende medische informatie niet heb vrijgegeven, de vergunningverlenende autoriteit kan weigeren mij een medisch certificaat te verstrekken of kan elk verleend medisch certificaat intrekken, onverminderd enige andere actie die TOESTEMMING TOT VRIJGEGEVEN/VERSTREKKEN VAN MEDISCHE INFORMATIE: Hierbij geeft ik toestemming tot het verstrekken van alle informatie in dit rapport en iedere af alle bijlagen aan de AME en, waar nodig, aan de medische beoordelaar van mijn vergunningverlenende autoriteit, aan de medische beoordelaar van de bevoegde autoriteit van mijn bevoegde keuringsarts en aan relevante medische professionals met het oog op de voltooiing van een luchtvaartgeneeskundige beoordeling, waarbij erkend wordt dat deze documenten of elektronisch opgeslagen gegevens moeten worden gebruikt voor de afronding van een medische beoordeling en eigendom van de vergunningverlenende autoriteit worden en blijven, op voorwaarde dat ik of mijn arts er toegang toe kan krijgen volgens de KENNISGEVING VAN OPENBAARMAKING VAN PERSOONSgegevens: Hierbij verklaar ik dat ik op de hoogte ben gebracht en begrijp dat de gegevens in mijn medische certificaat volgens ARA.MED.130 elektronisch kunnen worden opgeslagen en ter beschikking worden gesteld aan mijn AME om historische gegevens te verstrekken, zoals beschreven in MED.A.035(b)(2)(ii)(iii) en aan de medische beoordelaars van de bevoegde autoriteiten van de lidstaten om de handhaving van ARA.MED.150(c)(4) mogelijk te maken.

Datum	Handtekening aanvrager	Handtekening geneeskundige	Naam en adres van de keuringsarts:
-------	------------------------	----------------------------	------------------------------------