



AANVRAAGFORMULIER VOOR EEN MEDISCH ATTEST

MEDISCH GEHEIM

(1) EASA-lichaats die de vergunning uitreikt:		(2) Klasse van het gewenste medisch attest <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> 3 (ATC) <input type="checkbox"/> Cabinepers <input type="checkbox"/> 4	
(3) Naam:		(4) Vorige naam:	
(5) Voornamen:		(6) Geboortedatum:	
		(7) Geslacht: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	
(8) Geboorteplaats en -land:		(9) Nationaliteit:	
(10) Vast adres:		(11) Postadres, indien verschillend:	
Telefoonnummer: Mobile No.: Email:		Telefoonnummer:	
(18) Vliegvergunning		Nummer vergunning: Land van uitreiking:	
(20) Hebt u reeds te maken gehad met een weigering, een opschorting of een intrekking van een aeromedisch attest, uitgaande van de vergunningsdienst? <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja Datum: Land:			
Details:			
(24) Ongeval of incident tijdens de vlucht sinds het laatste geneeskundig onderzoek: <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja Datum: Plaats:			
Details:			
(27) Alcohol - gemiddeld verbruik per week: <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja, aantal			
(28) Neemt u gewoonlijk geneesmiddelen? <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja Naam medicijn, dosering, begindatum en reden gebruik:			
(12) Aanvraag voor onderzoek: <input type="checkbox"/> Initieel <input type="checkbox"/> Hernieuwing/wedergeldigmaking		(13) Referentienummer: Nummer Sociale Zekerheid	
(14) Type van gewenste vergunning of toelating:			
(15) Beroep(hoofdbezigheid):			
(16) Werkgever:			
(17) Laatste geneeskundig onderzoek: Datum: Plaats:			
(19) Beperkingen op vergunning/op het medisch attest <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja Details:			
(21) Totaal aantal vliegreizen:		(22) Vliegreizen sinds het laatste medische onderzoek:	
(23) Type vliegtuig dat u actueel vliegt:			
(25) Type van de gekozen vlucht			
(26) Huidige vliegactiviteit: <input type="checkbox"/> Solo piloot <input type="checkbox"/> Bemanning met Huidige ATCO activiteit: <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> ACS			
(29) Rookt U ? <input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Nee, niet meer sinds <input type="checkbox"/> Ja, aard van de tabak en hoeveelheid			

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

	Ja	Neen		Ja	Neen		Ja	Neen
(101) Oogziekte/ oogoperatie	<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"/>
(102) Draagt u nu(of vroeger) een bril of contactlenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Hoofdletsel of hersenschudding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(124) Positieve HIV-test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(103) Verandering van bril/contactlenzen sinds het laatste onderzoek?	<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"/>
(104) Allergie of hooikoorts:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(115) Duizeligheid of flauwvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(126) Slaapstoornis/Apneu syndroom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(105) Astma of longziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(116) Bewusteloosheid door welke oorzaak dan ook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(127) Skeletspierstelsel-ziekte/verslechtering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(106) Hart- of vaatproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(117) Neurologische stoornisse: epilepsie, toevallen, verlammingen etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(128) Enige andere ziekte of letsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(107) Hoge of lage bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Allerhande psychische, psychiatrische stoornissen: depressie, angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(129) Ziekenhuisopname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(108) Niersteen of bloed in urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(119) Alcohol-/drug-/ of medicijnmisbruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(130) Artsenbezoek sedert de vorige medische keuring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(109) Suikerziekte, hormonale stoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(120) Zelfmoordpoging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(131) Weigering van een levensverzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(110) Maag-, lever- of darmproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(121) Lucht-, zee- of wagenziekte waarvoor medicatie nodig was	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(132) Geweigerde vliegvergunning/toelating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(111) Slechthotheid, oorproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(122) Bloedarmoede, dragerschap sikkkelcelziekte of andere bloedafwijkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(133) Medische afkeuring voor militaire dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						(134) Pensionering of compensatie wegens verwondingen of ziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(30) Opmerkingen:

(31) Verklaring: Met deze garandeer ik dat ik mijn volle aandacht heb besteed aan de bovenvermelde verklaringen. Ik bevestig in eer en geweten dat zij volledig en correct zijn, dat ik geen belangrijke informatie heb achter gehouden noch belangrijke informatie heb verstrekt. Ik aanvaard dat, indien ik valise of belangrijke verklaringen heb afgelegd en ik medische informatie tot staving van mijn aanvraag heb achter gehouden, de SLG het afleveren van een medisch attest mag weigeren of een vroeger afgeleverd attest mag intrekken, onverminderd andere dadingen krachtens het nationaal recht.

Toelating tot het mededelen van medische gegevens : Ik ondergetekende, verleen toelating tot het mededelen aan de SLG van al de gegevens uit dit verslag met al de bijlagen en indien nodig aan de SLG van een andere staat, hiermee erkennend dat deze bescheiden en de elektronisch opgeslagen gegevens moeten dienen om een geneeskundige expertise uit te voeren, en dat zij eigendom zullen worden en blijven van de SLG onder de voorwaarde dat ikzelf om mijn geneesheer er inzage mogen van krijgen, conform het nationaal recht. Het medisch geheim zal steeds geëerbiedigd worden. Mijn aandacht wordt gevestigd op het feit dat sommige Staten, die geen lid zijn van de Europese Unie, niet eenzelfde adequaat beschermingsniveau van persoonlijke gegevens kunnen verzekeren.

Kennisgeving van openbaarmaking van persoonsgegevens : Hierbij verklaar ik ervan in kennis te zijn gesteld en te begrijpen dat de gegevens in mijn medische verklaring overeenkomstig ARA.MED.130 elektronisch kunnen worden opgeslagen en beschikbaar kunnen worden gesteld aan mijn AME voor het verstrekken van de historische gegevens die op grond van ARA.MED.035(b)(2)(ii)(iii) vereist zijn en aan medische beoordelaars van de bevoegde autoriteiten van de lidstaten voor het vergemakkelijken van de toepassing van ARA.MED.150(c)(4).

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