



# AANVRAAGFORMULIER VOOR EEN MEDISCH ATTEST

**MEDISCH GEHEIM**

(1) EASA-lidstaat 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:  Plaats: Telefoonnummer: Mobile No.: Email:		(11) Postadres, indien verschillend:  Plaats: Telefoonnummer:	
(18) Vergunning van toelating in uw bezit(type): Nummer vergunning: Land van uitreiking:		(12) Aanvraag voor onderzoek: <input type="checkbox"/> Initieel <input type="checkbox"/> Hernieuwing/wedergeldigmaking	
(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:		(13) Referentienummer: Nummer Sociale Zekerheid	
(24) Ongeval of incident tijdens de vlucht sinds het laatste geneeskundig onderzoek: <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja Datum: Plaats: Details:		(14) Type van gewenste vergunning of toelating:	
(27) Alcohol - gemiddeld verbruik per week:		(15) Beroep(hoofdbezigheid):	
(28) Neemt u gewoonlijk geneesmiddelen? <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja Naam medicijn, dosering, begindatum en reden gebruik:		(16) Werkgever:	
		(17) Laatste geneeskundig onderzoek: Datum: Plaats:	
		(19) Beperkingen of afwijkingen op de vergunning/toelating of 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 meerdere piloten	
		(29) Rookt u? <input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja Niet meer sinds: 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 vak opmerkingen.

	Ja	Neen	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"/>	<b>In de familie:</b>		
(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"/>	(170) Hartziekte	<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"/>	(171) Hoge bloeddruk	<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"/>	(172) Hoog cholesterolgehalte	<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) Skeletspierstelselziekte/verslechtering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<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"/>	(174) Geestesziekte	<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"/>	(175) Suikerziekte	<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"/>	(176) Tuberculose	<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"/>	(177) Allergie, astma, eczeem	<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) Geweerde vliegvergunning/toelating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(178) Erfelijke afwijkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(111) Slechthorendheid, 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"/>	(179) Glaucoom (verhoogde oogboldruk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						(134) Pensionering of compensatie wegens verwondingen of ziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Alleen voor vrouwen:</b>		
									(150) Gynaecologische, menstruele problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									(151) Bent u zwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(30) Opmerkingen:

Indien eerder aangegeven en sindsdien niet veranderd, dit vermelden.  Ja  Neen

**(31) Verklaring:** Met deze garandeer ik dat ik mijn volle aandacht heb besteed aan de bovvermelde verklaringen. Ik bevestig in eer en geweten dat zij volledig en correct zijn, dat ik geen belangrijke informatie heb achtergehouden noch bedrieglijke informatie heb verstrekt. Ik aanvaard dat, indien ik valse of bedrieglijke verklaringen heb afgelegd en ik medische informatie tot staving van mijn aanvraag heb achtergehouden, 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 of 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.

Datum	Handtekening aanvrager	Handtekening geneeskundige	Naam en adres van de keuringsarts:  <b>Telefoon:</b> <b>Telefax:</b> <b>AME Nr.:</b>
-------	------------------------	----------------------------	--