

MEDISCH ONDERZOEK - EXAMEN MÉDICAL

(in te vullen en te bewaren door de geneesheer * - à compléter et à conserver par le médecin *)



Persoonlijke gegevens-Données personnels

Naam-Nom:	Voornaam-Prénom:
Geboortedatum-Date de naissance:	
Adres-Adresse:	
Geslacht-Sexe:	

Norma(a)		A(b)norma(a)	Details (indien abnormaal - si anormal)
<input type="checkbox"/>	Hart-en bloedvatenstelsel - Cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Bloeddruk - La pression artérielle	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Pols - Pulsation	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Ademhalingsstelsel - Système respiratoire	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Zenuwstelsel - Système Nerveux	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	centraal - centrale	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	perifeer - périphérique	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Neus, keel & oor - ORL	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	gehoor- en evenwichtssysteem	R - D <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	audition et système d'équilibre	L - G <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Bewegingsstelsel - Système locomoteur	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	arm - bras	R - D <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		L - G <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	been - jambe	R - D <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		L - G <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	wervelzuil - colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Abdomen (hernia - hernie)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Urine	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Albumine	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Glucose	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Ogen - Yeux	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	gezichtsscherpte zonder correctie	R - D <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	acuité visuelle sans correction	L - G <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	gezichtsscherpte met correctie	R - D <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	acuité visuelle avec correction	L - G <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	kleurenzicht - daltonisme	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	gezichtsveld - champ visuel	<input type="checkbox"/>	

Indien u oordeelt dat verdere onderzoeken aangewezen of nuttig zijn, dan dienen deze te worden uitgevoerd alvorens de kandidaat geschikt kan worden verklaard.

Si vous jugez que des autres examinations sont nécessaires ou utiles, cela devrait être fait avant que le candidat peut être déclaré apte.

Deze persoon is medisch geschikt om deel te nemen aan motorsportcompetitie.
Cette personne est médicalement apte à participer à la compétition du sport motocycliste.

Deze persoon is medisch **NIET** geschikt om deel te nemen aan motorsportcompetitie.
*Cette personne **N'EST PAS** médicalement apte à participer à la compétition du sport motocycliste.*

Deze persoon dient onderzocht te worden door een lid van de Medische Commissie van de VMBB of door een dokter aangeduidt door deze commissie voor de volgende reden:
Cette personne doit être examiné par un membre de la Commission Médicale VMBB ou par un médecin désigné par cette commission pour la raison suivante:

Datum van het onderzoek - Date de l'examen

Handtekening & stempel van de geneesheer
Signature et cachet du médecin

Het honorarium voor het onderzoek is volledig ten laste van de piloot en mag in geen geval worden verrekend via het RIZIV
L'honoraire de l'examen est en charge du pilote et ne peut être compensé en aucune façon par l'INAMI.

* Dit document dient te worden bewaard in het medisch dossier en op verzoek te worden doorgestuurd naar de Medische Commissie van de VMBB of de raadgeeneesheer van de verzekeringsmaatschappij.

** Ce document doit être conservé dans le dossier médical et être transmis sur demande à la Commission Médicale du VMBB ou le médecin consultant de la compagnie d'assurance.*

MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS - ANTECEDENTS MEDICAUX

(in te vullen door de piloot en te bewaren door de geneesheer*-à remplir par le pilote et à conserver par le médecin*)



Persoonlijke gegevens-Données personnels

Naam-Nom :	Voornaam-Prénom :
Geboortedatum-Date de naissance :	
Adres-Adresse :	
Geslacht-Sexe :	

Neen Non		Ja Oui	Details (Indien ja - Si oui)
<input type="checkbox"/>	Bewustzijnsverlies, draaierigheid of hoofdpijn <i>Perte de conscience, vertige ou mal de tête</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Problemen met de ogen of bij het zien (behalve met bril) <i>Des problèmes aux yeux ou visuel (sauf avec des lunettes)</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Kortademigheid of astma <i>Essoufflement ou de l'asthme</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Allergie voor medicatie <i>Allergie aux médicaments</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Diabetes <i>Diabète</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Hartproblemen <i>Problèmes cardio</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Hoge of lage bloeddruk <i>Hypertension-Hypotension</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Maagproblemen (maagzweer,...) <i>Problèmes d'estomac (ulcère de l'estomac,...)</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Uro-genitale problemen <i>Problèmes uro-génitales</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Epilipsie of stuipen <i>Épilepsie ou convulsions</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Geestes- of zenuwaandoening <i>Trouble mental ou nerveux</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Problemen met armen/benen incl spierkrampen of gewrichtsstijfheid <i>Problèmes avec les bras/jambes, incl crampes musculaires ou raideur articulaire</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Bloedaandoening met neiging tot bloeden <i>Troubles de la coagulation</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Ongevallen - Operaties <i>Accidents - Opérations</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Neemt u enige medicatie ? <i>Vous prenez des médicaments?</i>	<input type="checkbox"/>	

* vermelden of het gaat om een al dan niet vroeger doorgemaakte aandoening
* préciser si oui ou non il s'agit d'une maladie antécédent

- Ik heb nooit een medisch verbod gekregen voor het beoefenen van enige andere sport.
Je n'ai jamais eu une interdiction médicale pour pratiquer tout autre sport.
- Ik gebruik geen drugs en ook geen overmatig alcoholgebruik.
Je n'utilise pas de drogue ou d'alcool de façon excessive.
- Ik ben akkoord dat in geval van kwetsuur de nodige informatie doorgegeven wordt aan de koersdirecteur, mijn verwanten, mijn huisdokter en de VMBB.
Je suis d'accord dans le cas de blessures que les informations nécessaires soient données au directeur de course, ma famille, mon médecin de famille et la VMBB.
- Alle informatie die ik hierboven heb gegeven, strookt volledig met de waarheid.
Toutes les informations que j'ai donnée ci-dessus est la vérité.
- Ik ben akkoord dat de informatie op de formulieren "Medische Voorgeschiedenis" en "Medisch Onderzoek" wordt doorgestuurd naar de Medische Commissie van de VMBB en in geval van ongeval naar de raadsgeneesheer van de verzekeringsmaatschappij.
Je suis d'accord que les informations données sur les formulaires "Antecedents Médicaux" et "Examin Médicale" peuvent être envoyés à la Commission Médicale de la VMBB et en cas d'accident au médecin consultant de la compagnie d'assurance.

Datum-Date

Handtekening van de piloot (ouder of voogd indien minderjarig)
Signature du pilote (parent ou tuteur si un mineur)

Dit document dient te worden bewaard in het medisch dossier en op verzoek te worden doorgestuurd naar de Medische Commissie van de VMBB of de raadsgeneesheer van de verzekeringsmaatschappij.

Ce document doit être conservé dans le dossier médical et être transmis sur demande à la Commission Médicale du VMBB ou le médecin consultant de la compagnie d'assurance.