

**FORMULIER VOOR AANVRAAG VAN EEN MEDISCH ATTEST**

Gebruik hoofdletters om dit formulier in te vullen. Raadpleeg voor meer details het blad met richtlijnen.

MEDISCH GEHEIM

(1) JAA lidstaat die de vergunning uitreikt:	(2) Klasse van het gewenste medisch attest	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/>
(3) Naam :	(4) Vorige naam :	(12) Aanvraag voor onderzoek : Initieel <input type="checkbox"/> Hernieuwing/wedergeldigmaking <input type="checkbox"/>
(5) Voornamen :	(6) Geboortedatum :	(7) Gesl. Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/>
(8) Geboorteplaats en land :	(9) Nationaliteit :	(13) Referentienummer :
(10) Vast adres :	(11) Postadres (indien verschillend) :	(14) Type van gewenste vergunning of toelating :
Land : Telefoonnummer :	Land : Telefoonnummer :	(15) Beroep (hoofdbezigheid) : (16) Werkgever :
(18) Vergunning of toelating in uw bezit (type)	Nummer van de 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 een vergunningsdienst? Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Datum : Details :	(21) Totaal aantal vliegreuren :	(22) Vliegreuren sinds het laatste medische onderzoek : (23) Type vliegtuig dat u actueel vliegt :
(24) Ongeval of incident tijdens de vlucht sinds het laatste geneeskundig onderzoek : Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Datum : Details :	(25) Type van de gekozen vlucht :	(26) Huidige vliegactiviteit : <input type="checkbox"/> Solo piloot <input type="checkbox"/> Bemanning met meerdere piloten
(27) Alcohol - Gemiddeld verbruik per week :	(28) Neemt u gewoonlijk geneesmiddelen? Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Aard en dosis van het geneesmiddel : Datum van begin van het gebruik : Reden :	
(29) Rookt u? Nooit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Niet meer sinds : Ja <input type="checkbox"/> Aard van de tabak en hoeveelheid :		

Algemene en medische antecedenten: Vertoont u antecedenten van of lijdt u aan een van de volgende ziekten? Op elke vraag antwoordt u door ja of neen aan te kruisen. Detailleer in de rubriek « opmerkingen ».

Ja		Neen		Ja		Neen		Alleen voor vrouwen :		Ja		Neen	
101		112		123		150							
102		113		124		151							
103		114		125		Familiale voorgeschiedenis :							
104		115		126		170							
105		116		127		171							
106		117		128		172							
107		118		129		173							
108		119		130		174							
109		120		132		175							
110		121		133		176							
111		122				177							
						178							
						179							

(30) **Opmerkingen :** Indien vroeger opmerkingen werden meegedeeld aan de huidige geneesheer-examinator en er sindsdien geen verandering is ingetroden, gelieve het dan te vermelden.

(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 achtergehouden noch bedriegelijke informatie heb versprekt. Ik aanvaard dat, indien ik valse of bedriegelijke verklaringen heb afgelegd en indien ik medische informatie tot slaving van mijn aanvraag heb achtergehouden, de SLG het afleveren van een medisch attest mag weigeren of een vroeger afgeleverd attest mag intrekken, onverminderd alle 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, hiertoe 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 die voorwaarde dat zeel of mijn geneesheer er inzage mogen van krijgen, conform het nationaal recht. Het medisch geheim zal steeds geborgd worden. Mijn aandacht wordt vestigd op het feit dat sommige Staten, die geen lid zijn van de Europese Unie, niet hetzelfde adequaat beschermingsniveau van persoonlijke gegevens kunnen verzekeren.

Datum

Handtekening van de aanvrager

Handtekening van de EGE (goluisse)

Examination date

AME Number

AMS supervision

A

B