



Inspectie Verkeer en Waterstaat

Divisie Luchtvaart

Eerste keuring: svp kopie paspoort meesturen!

Accoord AMS
Paraaf

Opmerking AMS

Aanhouden, briefje sturen

Doorgaan briefje sturen

Achternaam

Tussenvoegsel

Voorletters

Voornaam

Straatnaam

Huisnummer

Woonplaats

Postcode

Land

Nationaliteit

Geboorteland

Geboortedatum

Telefoonnummer
kandidaat

Corr. Nr. Werkgever
of opleiding

JAA-I

JAA-I CFE

JAA-II

NAT-III

Eindresultaat

Geschikt

Ongeschikt

Datum algemene keuring

Volgende alg. keuring

Laatste uitgebreide keuring
(ogen/kno)d.d.

Volgende uitgebreide
keuring op:

Laatste ECG d.d.

Volgende ECG op:

Laatste audiogram d.d.

Volgende audiogram:

Correspondentienummer AME

Correspondentienummer AMC

Soort beperking 1

Aantal maanden

Specificatie AMS

Soort beperking 2

Aantal maanden

Specificatie AMS

Soort beperking 3

Aantal maanden

Specificatie AMS

Soort beperking 4

Aantal maanden

Specificatie AMS

MEDICAL EXAMINATION REPORT

CIVIL AVIATION AUTHORITIES THE NETHERLANDS

(201) Examination Category I II II Initial Renew/Reval Extended	(202) Height cm	(203) Weight kg	(204) Eye Colour	(205) Hair Colour	(206) Blood Pressure-seated mmHg		(207) Pulse - resting	
					Systolic	Diastolic	Rate	Rhythm

Clinical examination: Check each item

Normal Abnormal

Normal
Abnormal

(208) Head, face, neck, scalp			(218) Abdomen, hernia, liver, spleen		
(209) Mouth, throat, teeth			(219) Anus, rectum		
(210) Nose, sinuses			(220) Genito - urinary system		
(211) Ears, drums, eardrum motility			(221) Endocrine system		
(212) Eyes - orbit & adnexa; visual fields			(222) Upper & lower limbs, joints		
(213) Eyes - pupils and optic fundi			(223) Spine, other musculoskeletal		
(214) Eyes - ocular motility; nystagmus			(224) Neurologic - reflexes, etc.		
(215) Lungs, chest, breasts			(225) Psychiatric		
(216) Heart			(226) Skin, identifying marks and lymphatics		
(217) Vascular system			(227) General systemic		

(228) **Notes:** Describe every abnormal finding. Enter applicable item number before each comment.

Visual acuity

(229) Distant vision at 5m /6m Glasses Contact lenses

Right eye	Corrected to			
Left eye	Corrected to			
Both eyes	Corrected to			

(230) Intermediate vision Uncorrected Corrected

N14 at 100 cm	Yes	No	Yes	No
Right eye				
Left eye				
Both eyes				

(231) Near vision Uncorrected Corrected

N5 at 30-50 cm	Yes	No	Yes	No
Right eye				
Left eye				
Both eyes				

(232) Glasses

Yes	No	Yes	No
Type:		Type:	

(233) Contact lenses

(234) **Hearing**

	Right ear	Left ear
Conversational voice test at 2 m back turned to examiner	Yes No	Yes No

(235) **Urinanalysis** Normal Abnormal

Glucose	Protein	Blood	Other
---------	---------	-------	-------

(248) **Comments, restrictions, limitations:**

(249) **Medical examiner's declaration:**

I hereby certify that I/my AME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.

(250) Place and date:	Examiner's Name and Address:	AME Stamp with AME No.:
Authorised Medical Examiners Signature:		

(236) **Pulmonary function**

(237) **Haemoglobin**

Peak Expiratory Flow	l/ sec	Mmol/l	
Normal	Abnormal	Normal	Abnormal

Accompanying Reports	Not performed	Normal	Abnormal
(238) ECG			
(239) Audiogram			
(240) Ophthalmology			
(241) ORL (ENT)			
(242) Chest X-ray			
(243) Blood lipids			
(244) Pulmonary function			
(245) EEG			
(246) Other (No)			

(247) **Aviation medical examiner's recommendation:**

Name of applicant:	Date of birth:
Dhr./Mw.	
Fit class _____	
Medical certificate issued class _____	
Unfit class _____ (JAR-FCL para. _____)	
Deferred for further evaluation. If yes, why and to whom?	

OTORHINOLARYNGOLOGY EXAMINATION REPORT

Applicant's details

MEDICAL IN CONFIDENCE

(1) JAA State of licence issue: Nederland		(2) Class of medical certificate applied for 1st 2nd 3rd Others			
(3) Surname:		(4) Previous surname(s):		(12) Application Initial Renewal/Revalidation	
(5) Forenames:		(6) Date of birth:	(7) Sex Male Female	(13) Reference number (if applicable)	
<p>(401) Consent to release medical information: : I hereby authorise the release of all information contained in this report and any or all attachments to the Aeromedical Section and where necessary the Aeromedical Section of another State, recognising that these documents or electronically stored data are to be used for completion of a medical assessment and will become and remain the property of the Authority, providing that I or my physician may have access to them according to national law. Medical Confidentiality will be respected at all times.</p> <p>Date: _____ Signature of the applicant: _____ Signature of medical examiner (witness): _____</p>					

(402) Examination Category I II III Initial Extended Renew/Reval Special referral	(402) Otorhinolaryngology history:
---	------------------------------------

Clinical examination

Check each item	Normal	Abnormal
(404) Head, face, neck, scalp		
(405) Buccal cavity, teeth		
(406) Pharynx		
(407) Nasal passages and naso-pharynx (incl. Anterior and posterior rhinoscopy)		
(408) Vestibular system incl. Romberg test		
(409) Speech and voice		
(410) Sinuses		
(411) Ext acoustic meati, tympanic membranes		
(412)		
(413) Impedance tympanometry including Valsalva manoeuvre (initial only)		

(419) Pure tone audiometry

dB HL (hearing level) Zie bijlage

Hz	Right ear	Left ear
250		
500		
1000		
2000		
3000		
4000		
6000		
8000		

(420) Audiogram

o = Right ear, air <= Right ear, bone
x = Left ear, air >= Left ear, bone

dB/HL	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
-10								
0								
10								
20								
30								
40								
50								
60								
70								
80								
90								
100								
110								
120								
Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000

Additional testing (if indicated)	Not performed	Normal	Abnormal
(414) Speech audiometry			
(416) EOG; spontaneous and positional nystagmus			
(417) Differential caloric test or vestibular autorotation test			
(418) Mirror or fibre laryngoscopy			

(421) Otorhinolaryngology remarks and recommendation:

--

(422) Examiner's declaration:

I hereby certify that I have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.		
(423) Place and date: Specialist's signature:	ORL Examiner's Name and Address:(Block Capitals)	Specialist Stamp:

AANVRAAGFORMULIER MEDISCHE VERKLARING

Volledig invullen, zie bijlage voor instructie

MEDISCH VERTROUWELIJK

(1) JAA-staat, waar het brevet wordt uitgegeven:		(2) Gevraagde klasse medische verklaring <input type="checkbox"/> klasse 1 <input type="checkbox"/> klasse 2 <input type="checkbox"/> klasse 3 <input type="checkbox"/> anders	
(3) Naam:		(4) Eerdere naam(namen):	
(5) Voornamen:		(6) Geboortedatum:	
		(7) Geslacht <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> V	
(8) Geboorteplaats en land:		(9) Nationaliteit:	
(10) Vast adres:		(11) Postadres, indien afwijkend:	
Land: Telefoonnummer:		Land: Telefoonnummer:	
(18) Houder van brevet (type):		Brevetnummer:	
		Land van uitgifte:	
(20) Is ooit een medische verklaring geweigerd, aangehouden of ingetrokken in binnen- of buitenland? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Datum: Land: Details:		(19) Voorwaarden/bepalingen variaties op het brevet/medische verklaring: <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Details:	
		(21) Totaal aantal vliegingen:	
		(22) Vliegingen sedert de vorige keuring:	
(24) Is er sprake van enig ongeval of gerapporteerd incident sedert de vorige keuring? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Datum: Plaats: Details:		(23) Huidig vliegtuigtype:	
		(25) Soort vliegoperatie:	
		(26) Huidige vliegactiviteit: <input type="checkbox"/> Single pilot <input type="checkbox"/> Multi pilot	
(27) Alcoholgebruik; gemiddeld aantal eenheden per week:		(28) Gebruikt u momenteel medicijnen? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Naam medicijn, dosering, begindatum en reden gebruik:	
(29) Rookt u of hebt u gerookt? <input type="checkbox"/> Nooit <input type="checkbox"/> Niet meer sedert: <input type="checkbox"/> Ja Soort, aantal, aantal jaren:			

Algemene en medische voorgeschiedenis:

Heeft u of heeft u het volgende ooit gehad? Iedere vraag met JA of NEE beantwoorden. De met JA beantwoorde vragen dienen onder punt (30) Opmerkingen te worden toegelicht.

Ja Nee

Ja Nee

Ja Nee **Alleen voor vrouwen:**

Ja Nee

01 oogproblemen/ oogoperatie			112 neus-,keel-, of spraakstoornis			123 malaria of andere tropische ziekte			150 gynaecologische, menstruele problemen		
102 ooit bril/contactlenzen gedragen			113 hoofdletsel of hersenschudding			124 positieve HIV-test			151 bent u zwanger?		
			114 frequente of ernstige hoofdpijn			125 seksueel overdraagbare ziekte					
103 voorschrift of wijziging van voor-schrift voor bril/contactlenzen sedert de vorige keuring			115 duizeligheid of flauwvallen			126 ziekenhuisopname			In de familie:		
			116 bewusteloosheid door welke oorzaak dan ook			127 enige andere ziekte of letsel					
104 hooikoorts of andere allergie			117 neurologische stoornis: epilepsie, toevallen, verlammingen etc			128 artsbezoek sedert de vorige medische keuring			170 hartziekte		
105 astma of longziekte			118 psychische problemen; depressie, angst etc			129 weigering van een levensverzekering			171 hoge bloeddruk		
106 hart- of vaatproblemen						130 weigering van vliegbrevet/medische verklaring			172 hoog cholesterolgehalte		
107 hoge of lage bloeddruk			119 alcohol-/drug-/ of medicijnmisbruik			132 medische afkeuring voor militaire dienst			173 epilepsie		
108 niersteen of bloed in urine							133 uitkering of vergoeding wegens ziekte of letsel			174 geestesziekte	
109 suikerziekte of hormonale stoornissen			120 zelfmoordpoging			132 medische afkeuring voor militaire dienst			175 suikerziekte		
110 maag-, lever- of darmproblemen			121 lucht-, zee- of wagenziekte waarvoor medicatie nodig was							176 tuberculose	
111 slechthorendheid, oorproblemen			122 bloedarmoede, dragerschap sikkelcelziekte of andere bloedafwijkingen			133 uitkering of vergoeding wegens ziekte of letsel			177 allergie, astma, eczeem		
										178 erfelijke afwijkingen	
									179 glaucoom (verhoogde oogboldruk)		

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

(31) **Verklaring:** Hierbij verklaar ik dat ik de antwoorden hierboven zorgvuldig overwogen heb en dat zij volgens mijn beste weten volledig en juist zijn en dat ik geen relevante informatie heb achtergehouden of enig misleidend antwoord gegeven heb. Ik ben mij ervan bewust dat indien ik een onjuist of misleidend antwoord gegeven heb in verband met deze aanvraag, of onvoldoende medische informatie kan verschaffen, de autoriteit kan weigeren mij de medische verklaring te verstrekken en iedere medische verklaring die hij verstrekt, kan intrekken, onverminderd mijn eigen verantwoordelijkheid jegens de wet. Machtiging tot het verstrekken van medische informatie: hierbij geef ik toestemming tot het verstrekken van alle informatie in dit rapport, met alle bijlagen, aan de door of namens de Minister ingestelde AMS (medische afdeling RLD) en waar nodig aan de door een andere staat ingestelde AMS, beseffend dat deze documenten en elektronisch opgeslagen gegevens gebruikt dienen te worden voor de medische geschiktheidsbepaling en dat zij eigendom zijn en blijven van de Autoriteit, onder voorwaarde dat ik of mijn arts volgens de nationale regelgeving, toegang hebben tot deze gegevens en het medisch beroepsgeheim, altijd gerespecteerd wordt.

.....
Datum

.....
Handtekening aanvrager

.....
Handtekening geneeskundige

Aanwijzingen bij het invullen van het aanvraagformulier voor een medische verklaring. Dit aanvraagformulier, alle bijgevoegde formulieren en rapporten zijn vereist in overeenstemming met ICAO aanwijzingen en worden naar de medische afdeling van de Inspectie Verkeer en Waterstaat, Divisie Luchtvaart gezonden (AMS). Het medisch beroepsgeheim wordt te allen tijde gerespecteerd.

De aanvrager dient persoonlijk alle vragen (hokjes) van het antwoordformulier in te vullen. Er dient te worden geschreven in blokletters, gebruik dient te worden gemaakt van een zwarte ballpoint en de tekst dient leesbaar te zijn. Voor eventuele copieën dient voldoende druk uitgeoefend te worden.

Indien meer ruimte nodig is om een vraag te beantwoorden, gebruik dan een apart vel papier. U dient dit papier te tekenen en te dateren.

De volgende genummerde instructies komen overeen met de nummering op het aanvraagformulier.

NB: Indien het formulier niet volledig is ingevuld of niet goed leesbaar is wordt het niet geaccepteerd. Het verstrekken van onjuiste, of misleidende antwoorden of het achterhouden van voor deze aanvraag relevante informatie kan leiden tot vervolging van rechtswege, weigeren van deze aanvraag of intrekken van een verstrekte medische verklaring.

De aanvrager heeft het recht elk onderzoek te weigeren en te verzoeken naar de (Autoriteit) AMS verwezen te worden. Echter dit zal tijdelijke weigerig van geschiktheidsverklaring tot gevolg kunnen hebben.

