



Inspectie Verkeer en Waterstaat

Herkeuring

Divisie Luchtvaart

Accoord AMS
Paraaf

Opmerking AMS

Aanhouden, briefje sturen

Doorgaan briefje sturen

Correspondentienummer

Naam maatschappij
of opleiding

Voorletters

Tussenvoegsel

Achternaam

Geboortedatum

Correspondentienummer
Werkgever/opleidingsinstelling

Initiële keuring burgerbrevet
d.d.

In JAA-land

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

Soort beperking 5

Aantal maanden

Specificatie AMS

Soort beperking 6

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
MEDICAL IN CONFIDENCE**

Applicant's details	
(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>	
Date: _____ Signature of the applicant: _____ Signature of medical examiner (witness): _____	

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

Clinical examination		Normal	Abnormal
Check each item			
(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)			

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:

(419) Pure tone audiometry

Hz	dB HL (hearing level)		Zie bijlage
	Right ear	Left ear	
250			
500			
1000			
2000			
3000			
4000			
6000			
8000			

(420) Audiogram

dB/HL	o = Right ear, air				<= Right ear, bone			
	x = Left ear, air				>= Left ear, bone			
-10								
0								
10								
20								
30								
40								
50								
60								
70								
80								
90								
100								
110								
120								
Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000

(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 vlieguren:	
		(22) Vlieguren 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			170 hartziekte		
104 hooikoorts of andere allergie			117 neurologische stoornisse: epilepsie, toevallen, verlammingen etc			128 artsbezoek sedert de vorige medische keuring			171 hoge bloeddruk		
105 astma of longziekte						129 weigering van een levensverzekering			172 hoog cholesterolgehalte		
106 hart- of vaatproblemen			118 psychische problemen; depressie, angst etc			130 weigering van vliegbrevet/medische verklaring			173 epilepsie		
107 hoge of lage bloeddruk									174 geestesziekte		
108 niersteen of bloed in urine			119 alcohol-/drug-/ of medicijnmisbruik						175 suikerziekte		
109 suikerziekte of hormonale stoornissen			120 zelfmoordpoging						176 tuberculose		
110 maag-, lever- of darmproblemen			121 lucht-, zee- of wagenziekte waarvoor medicatie nodig was			132 medische afkeuring voor militaire dienst			177 allergie, astma, eczeem		
111 slechthorendheid, oorproblemen			122 bloedarmoede, dragerschap sikkelcelziekte of andere bloedafwijkingen			133 uitkering of vergoeding wegens ziekte of letsel			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 verantwoording 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.

1. JAA-staat waar het brevet wordt uitgegeven: Naam van de staat of het land waar de aanvraag heengezonden dient te worden	17. Vorige vliegmedische keuring: Vermeld de datum (dag, maand, jaar) en plaats (stad,land), aanvragers van een initiële keuring vullen in: 'geen'
2. Gevraagde klasse medische verklaring: kruis het toepasselijke hokje aan klasse 1: beroepsvlieger, boordwerktuigbouwkundige (bwk) klasse 2: privé-vlieger recreatief vlieger, ballonvoerder klasse 3: luchtverkeersleider anders : alle andere aanvragen	18. Houder van brevet(type): Geef het brevettype aan zoals vermeld in de toelichting bij vraag 14. Geef brevetnummer en land van afgifte voor elk brevet. Indien geen brevethouder vult u in: 'geen'
3. Naam: Geef achternaam/familienaam aan	19. Voorwaarden /bepalingen/varianties op het brevet/medische verklaring. kruis het juiste hokje aan en geef details betreffende de aantekening
4. Eerdere naam (namen): Indien uw achternaam of familienaam om een of andere reden gewijzigd is, geef dan uw eerdere naam op.	20. Is ooit een medische verklaring geweigerd, aangehouden of ingetrokken in binnen- of buitenland? Kruis ja aan als ooit een verklaring geweigerd of ingetrokken werd, ook indien dit slechts tijdelijk was. Bij 'ja', datum vermelden (DD- MM-JJJJ) en land waar dit gebeurde.
5. Voornamen: Geef uw eerste en volgende voornamen op. (maximaal 3)	21. Aantal vliegreizen: Geef het totaal aantal vliegreizen aan.
6. Geboortedatum: Dag (DD)-maand (MM)-jaar (JJJJ) in cijfers, bv. 01-10-1999	22. Vliegreizen sedert de vorige keuring: Geef het aantal uren gevlogen sedert uw vorige keuring.
7. Geslacht: Kruis het juiste hokje aan.	23. Huidig vliegtuigtype: Geef de naam van het vliegtuig dat u voornamelijk vliegt. Bv. B737, Cessna 150 etc
8. Geboorteplaats en land: Vermeld geboorteplaats en land.	24. Is er sprake van enig vliegongeval of gerapporteerd incident sedert de vorige keuring? Indien 'ja' aangekruist, vermeld dan datum (DDMMJJJJ) en land waar dit plaats vond.
9. Nationaliteit: Vermeld de naam van het land van staatsburgerschap	25. Soort vliegoperatie: Geef aan: luchtvaartmaatschappij, charter, landbouw, plezier etc
10. Vast adres: Vermeld vast postadres en land. Vermeld in het telefoonnummer landcode, netnummer en abonneenummer.	26. Huidige vliegactiviteit: Geef in het juiste hokje aan of u als enige vlieger vliegt of niet.
11. Postadres, indien afwijkend: Indien anders dan het vaste adres, vermeld dan volledig huidig postadres, met telefoonnummer. Indien hetzelfde als vaste adres vermeld dan 'idem'	27. Alcoholgebruik; gemiddeld aantal eenheden per week: Geef aan hoeveel u gemiddeld per week drinkt.
12. Aanvraag: Kruis het juiste hokje aan.	28. Gebruikt u momenteel medicijnen? Indien 'ja' geef dan volledige details, naam, hoeveel u gebruikt, wanneer etc. Ook medicijnen die zonder recept verkrijgbaar zijn.
13. Referentienummer: Geef het referentienummer dan u door uw nationale autoriteit is toegekend. Voor een initiële aanvrager vult u in: geen	29. Rookt u of hebt u gerookt? Kruis het juiste hokje aan. Indien u rookt geeft u aan wat (sigaretten, sigaren, pijp) en het aantal (bv. 2 sigaren per dag, 50 gr pijptabak per week).
14. Type brevet dat wordt aangevraagd: Kies uit de volgende lijst: ATPL Student pilot CPL/IR CPL Vleugelvliegtuig/ helikopter/beide Privé-vlieger/recreatief vliegbewijs Anders	30. Algemene en medische voorgeschiedenis: Alle items onder 101 tot en met 133 moeten met ja of nee beantwoord worden. Ja, als u dit ooit hebt gehad. U dient dan de toestand te beschrijven en de datum op te geven in het (30) Opmerkingen vakje. Alle vragen zijn medisch van belang, ook al is dit niet altijd even duidelijk. Item 170-179 betreft de familie, 150- 151 hoeven alleen door vrouwen beantwoord te worden. Indien de gegevens op het vorige formulier werden ingevuld en er niets veranderd is kan u opschrijven: onveranderd. Eerder vermeld. U moet echter wel altijd 'ja' aangeven in het juiste hokje. (Dit geldt alleen als uw keuringsarts over voorafgaande JAA rapportage beschikt) Geef geen ziekten als verkoudheid en dergelijke op.
15. (Hoofd)Beroep: Geef uw hoofdberoep aan.	
16. Werkgever: Vul de naam van uw werkgever of maatschappij in. Werkt u voor uzelf dan vult u in "ikzelf" eventueel vult u in 'geen'	31. Verklaring: Verklaring en toestemming gegevens op te vragen en te verstrekken. Dit dient u pas in te vullen wanneer uw keuringsarts u dit verzoekt, deze zal als getuige optreden en ook als zodanig tekenen.