



# KONINKLIJKE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR LUCHTVAART

ROYAL NETHERLANDS AERONAUTICAL ASSOCIATION  
AANGESLOTEN BIJ DE FÉDÉRATION AÉRONAUTIQUE INTERNATIONALE  
AFDELING DELTAVLIEGEN

## EIGEN MEDISCHE VERKLARING

als bedoeld in het Basisveiligheidsreglement Deltavliegen, artikel 4

**Deze verklaring dient u tijdens het vliegen bij u te dragen tezamen met uw andere vliegpapieren**

Tijdens het uitvoeren van vluchten met een deltavliegtuig moet de deltavliegpiloot in het bezit zijn van een geldige, ingevulde en ondertekende Eigen Medische Verklaring. Indien één der vragen 1 t/m 13 met ja wordt beantwoord, is een medische sportkeuring door een arts vereist. Voor een aantal chronische zaken en niet herstelbare zaken in de motorische sfeer volstaat een eenmalige beoordeling door de keuringsarts, die voor solovliegers een in tijd onbeperkte ontheffing kan verlenen.

Deze Eigen Medische Verklaring is ten hoogste 24 maanden geldig. Indien de ondergetekende in deze periode door lichamelijk letsel of ernstige ziekte tijdelijk de deltavliegsport niet kan beoefenen, dient na herstel opnieuw een Eigen Medische Verklaring te worden ingevuld en ondertekend.

N.B. Zwangerschap heeft een tijdelijke ongeschiktheid tot gevolg. Na de zwangerschap dient opnieuw een Eigen Medische Verklaring te worden ingevuld en ondertekend.

- 
- 
- |  |          |
|--|----------|
| 1. Bent u onder behandeling of controle voor een ziekte?   | ja / nee |
| 2. Mist u het normale gebruik van een arm of hand, dan wel van de bijbehorende gewrichten?                           | ja / nee |
| 3. Mist u het normale gebruik van een been of voet, dan wel van de bijbehorende gewrichten?                          | ja / nee |
| 4. Mist u het normale gezichtsvermogen van één of beide ogen, zelfs met gebruikmaking van een bril of contactlenzen? | ja / nee |
| 5. Is het langer dan twee jaar geleden dat uw ogen zijn getest door een opticien of arts?                            | ja / nee |
| 6. Heeft u minder dan twee jaar geleden een operatie ondergaan aan armen en/of benen?                                | ja / nee |
| 7. Gebruikt u medicijnen voor hart, bloedvaten en/of bloeddruk?  | ja / nee |
| 8. Gebruikt u medicijnen die de rijvaardigheid beïnvloeden?  | ja / nee |
| 9. Bent u onder behandeling voor diabetes, of is bij u de diagnose vastgesteld?                                      | ja / nee |
| 10. Bent u verslaafd aan alcohol of drugs?   | ja / nee |
| 11. Lijdt u aan toevallen of vallende ziekte en/of gebruikt u hiertegen medicijnen?                                  | ja / nee |
| 12. Heeft u last van ernstige duizelingen en/of evenwichtsstoornissen?   | ja / nee |
| 13. Heeft u onvoldoende lichamelijke en/of geestelijke conditie?   | ja / nee |
- 
- 

Naam:

K.N.V.v.L.-nummer:

Adres:

Geboortedatum:

Postcode/Woonplaats:

Geboorteplaats:

Ondergetekende verklaart bovenstaande vragen naar waarheid te hebben beantwoord.

Datum:

Handtekening: