PERSOONLIJK MEDISCH FORMULIER

(Volledig invullen samen met uw huisarts of sportarts)

Naam: ……

Voornamen: ……

Geboortedatum:……..

Contactpersoon 1: (bvb. Echtgenote, ouders, kinderen met naam en gsm nr.)

……

Contactpersoon 2: (naam en gsm nr.) ……

Huisarts: (naam & tel nr.) ……..

Sportarts:……

1. Medische voorgeschiedenis

1.1. Heb u reeds last gehad van (of lijdt u aan) volgende aandoeningen/ziektes?

Aandoening	Ja / Neen	Periode	Preciseer	Behandeling
Hoge bloeddruk				
Diabetes				
Longaandoeningen				
Hartaandoeningen				
Leveraandoeningen				
Nieraandoeningen Gehoor- of visusstoornissen				
Epilepsie				
Andere (ook neurologische of psychologische)				

1.2. Chirurgische ingrepen

Hebt u reeds ernstige chirurgische ingrepen ondergaan? Ja/ Neen
Indien "ja", specifieer, data
……..
……..
……..

2. <u>Allergieën</u>:

<u>Bent u allergisch voor (indien ja, gelieve te preciseren):</u>

- Medicijnen: ……..
- Voeding: ……..
- Andere: …….

3. <u>Varia:</u>

Gebruikt u momenteel medicatie? (ook pilgebruik vermelden) Ja / Neen

Indien “Ja”, specifieer: ……

Bent u zwanger? Ja / Neen

Indien “Ja”, sinds wanneer: ……..

Bent u een roker? Ja / Neen

Indien “Ja”, hoeveel rookt u per dag? ……

Hoe schat u zelf uw fysieke conditie? (score van 1 tot 10) ……

4. <u>Klinisch onderzoek:</u>

Bloeddruk, gewicht, hart en longauscultatie, rustpols en andere relevante klinische bevindingen.

……
……
……
……
……
……

5. <u>Verklaring van de huisarts of sportarts</u>:

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart na kennis genomen te hebben van alle relevante inlichtingen door de deelnemer-betrokkene met betrekking tot zijn deelname aan de RocDuMaroc 2022, dat de deelnemer-betrokkene ……. (naam en voornaam) medisch geschikt wordt bevonden om deel te nemen aan het mountainbike evenement: RocDuMaroc 2022.

De Deelnemer-betrokkene ontslaat dan ook uitdrukkelijk de Organisatie en haar aangestelde van elke contractuele en buitencontractuele aansprakelijkheid naar aanleiding van ongevallen of medische problemen die in verband kunnen worden gebracht met het door zijn geneesheer ondertekende en afgestempeld medisch attest.

Dr. …….

…….. (handtekening)

……(plaats & datum)