



# MEDISCHE VERKLARING / MEDICAL DECLARATION

## SPORTPARACHUTESPRINGEN / SPORT PARACHUTING

### Keuringseisen / requirements:

1. Afwezigheid van elke lichamelijke of geestelijke ziekte, van elk gebrek of van elke afwijking, die kan leiden tot onwel wording of plotselinge ongeschiktheid om een parachutesprong uit te voeren. *Bijvoorbeeld: epilepsie, slecht gereguleerde diabetes mellitus, hartritmestoornissen.*
2. Normale functie van hart, longen, nieren en zenuwstelsel.
3. Voldoende functie van de vier ledematen, waarbij in het bijzonder moet worden gelet op knie- en enkelgewrichten, alsmede vorm en functie van de wervelkolom en de getraindheid van het bandapparaat en de musculatuur. NB: Een voorgeschiedenis van habituele luxaties, met name van het schoudergewricht, leidt tot afkeuring.
4. Afwezigheid van breuken in de buikwand.
5. Goed zicht in beide ogen (gezichtsscherpte in de verte van 6/12 of 0,5). In geval van correctie met een bril of contactlenzen, dienen deze hulpmiddelen te worden gedragen bij een parachutesprong. Een actieve aandoening, acuut of chronisch, van de ogen of adnexa die leidt tot verminderd zien, leidt tot afkeuring. *Bijvoorbeeld: netvliesloslating, maculadegeneratie of acuut glaucoom.*
6. Beschikken over een voldoende gehoor. Men moet conversatiespraak op 2,5 m kunnen verstaan. Men moet in staat zijn de oren te klaren. Er mogen geen evenwichtsstoornissen zijn.

#### Geldigheid / validity:

I. Deze verklaring is alleen geldig na een keuring in persoon, en maximaal tot 2 jaar (2 years after medical approval) na datum goedkeuring.

II. De houder van deze verklaring mag geen parachutesprongen uitvoeren op elk moment dat deze zich bewust is van een afname van de medische geschiktheid voor het veilig uitvoeren van een parachutesprong.

### Ondergetekende, arts / Undersigned, physician:

Naam en voorletters:

Name and initials:

Plaats:

Residence:

### Verklaart dat / declares that:

Naam en voorletters:

Name and initials:

Woonplaats:

Residence:

Geboortedatum:

Date of birth:

Geboorteplaats:

Place of birth:

**Medisch geschikt / ongeschikt is bevonden voor sportparachutespringen**

**Medically fit/unfit for sport parachuting**

Datum keuring:

Date of examination:

Handtekening/stempel arts:

Signature/stamp physician:

BIG-registratienummer