

## Keuringseisen Parachutespringen

1. Afwezigheid van elke lichamelijke of geestelijke ziekte, van elk gebrek of van elke afwijking, die kan leiden tot een plotselinge ongeschiktheid om een parachutesprong naar behoren uit te voeren.
2. 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.
3. Normale functie van hart, longen, nieren en zenuwstelsel.
4. Een actieve, acute of chronische pathologische toestand van een of beide ogen of van de adnexae waardoor goed functioneren in zulke mate zou kunnen worden belemmerd, dat de veiligheid tijdens de sprong niet is gewaarborgd, leidt tot ongeschikt verklaring.
5. De aanvrager moet een gezichtsscherpte in de verte hebben van ten minste 6/12 (20/40, 0.5) op elk oog afzonderlijk, met of zonder correctie. Indien deze gezichtsscherpte slechts wordt verkregen met behulp van corrigerende lenzen, kan de aanvrager geschikt worden verklaard mits de lenzen worden gedragen tijdens het sportparachutespringen.
6. De kandidaat moet een conversatiespraak, staande op 2,5 meter afstand met de rug naar de onderzoeker, goed verstaan. De tubae eustachii moeten goed doorgankelijk zijn. Stoornissen in het vestibulair apparaat leiden tot ongeschikt verklaring.
7. Het gebit moet in goede staat verkeren. Losse gebitsdelen, al dan niet prothesen, moeten tijdens het springen zijn verwijderd.

**Verklaring is geldig tot 24 maanden na datum goedkeuring.**

**SVP alleen het rode gedeelte invullen!!**

## MEDISCHE VERKLARING:

### Medical Declaration:

#### Ondergetekende, arts:

#### Undersigned, physician:

Naam + voorletters: .....  
(Name + initials:)

Straat: .....  
(Street:)

Woonplaats: .....  
(Residence:)

#### Verklaart:

#### Declares:

Naam + voorletters: .....  
(Name + initials:)

BSN nummer: .....  
(BSN number:)

Straat: .....  
(Street:)

Woonplaats: .....  
(Residence:)

Geboortedatum: .....  
(Date of birth:)

Geboorteplaats: .....  
(Place of birth:)

### Medisch GESCHIKT / ONGESCHIKT

#### voor het sportparachutespringen

#### Medically FIT / UNFIT for sportparachuting

Datum keuring: .....  
(Date of examination:)

Handtekening + stempel arts: .....  
(Signature + stamp of physician:)

**Naast bovenstaande rode gedeelte, ook de hierna volgende pagina's invullen en meenemen naar de keuring op het SMA**

## Parachutistenkeuring

S.V.P. duidelijk schrijven en doorstrepen wat niet de bedoeling is

---

Naam en voorletters.....man/vrouw  
Keuringsdatum.....Geboortedatum.....  
Roepnaam.....  
Straat.....  
Postcode en Woonplaats.....  
Telefoonnummer.....  
Opleiding/Beroep.....  
BSN nummer.....  
Huisarts.....  
Adres huisarts.....  
Vindt u het goed dat uw huisarts een bericht over de keuring krijgt (indien van toepassing)?  
J/N

---

### SPORTBEOEFENING

Soort sport hoe lang al aantal malen afstand of duur per training/wedstrijd

1..... sinds.....jaar .....x per week .....  
2..... sinds.....jaar .....x per week .....  
3..... sinds.....jaar .....x per week .....  
4..... sinds.....jaar .....x per week .....

---

Speciale voedingsgewoonten?

J/N.....

Speciale voedingsgewoonten i.v.m. de sportbeoefening?

J/N.....

Wilt u iets vragen over de voeding

J/N.....

Gebruikt u geregeld geneesmiddelen, welke?

J/N.....

Bent u onder behandeling (geweest) van een medisch specialist?

J/N.....

Bent u ooit langdurig en/of ernstig ziek geweest?

J/N.....

Bent u ooit geopereerd?

J/N.....

Heeft u een ongeval gehad, waarvan u nu nog gevolgen ondervindt?

J/N.....

Heeft u wel eens langdurige periode van niet fit zijn doorgemaakt?

J/N.....

Voelt u zich de laatste tijd gezond?

J/N.....

Slaapt u doorgaans goed?

J/N.....

Heeft u vaak last van hoofdpijn?

J/N.....

Ziet u goed met beide ogen?

J/N.....  
Hooit u goed met beide oren?  
J/N.....  
Heeft u last van duizeligheid?  
J/N.....  
Bent u wel eens flauw gevallen?  
J/N.....  
Bent u vaak of langdurig verkouden?  
J/N.....  
Heeft u last van uw tanden of tandvlees?  
J/N.....  
Heeft u (wel eens) last van de volgende klachten?  
Kortademigheid  
J/N.....  
Piepende ademhaling  
J/N.....  
Hoesten  
J/N.....  
Slijm opgeven  
J/N.....  
Astma  
J/N.....  
Bronchitis  
J/N.....  
Allergie  
J/N.....  
Hooikoorts  
J/N.....  
Pijn of druk op de borst  
J/N.....  
Overslaan van het hart  
J/N.....  
Hartkloppingen  
J/N.....  
Onwel worden tijdens of na inspanning  
J/N.....  
Heeft u klachten van de maag of de buik?  
J/N.....  
Heeft u problemen met uw gewicht (gehad)?  
J/N.....  
Heeft u klachten over de ontlasting?  
J/N.....  
Heeft u wel eens klachten van de nieren gehad?  
J/N.....  
Heeft u klachten (gehad) van uw huid?  
J/N.....  
Heeft u plaatselijk ongevoelige plekken?  
J/N.....  
Rookt U?  
J/N.....

Zo ja,hoeveel.....  
Gebruikt u regelmatig alcoholische dranken?  
J/N.....  
Zo ja, hoeveel glazen gemiddeld dag?.....  
Bent u in het laatste jaar door een fysiotherapeut behandeld?  
J/N.....

Heeft u wel eens een noemenswaardige blessure gehad van een van de volgende lichaamsdelen:

Hoofd J/N.....  
Nek/hals J/N.....  
Rug J/N.....  
Schouder J/N.....  
Bovenarm J/N.....  
Elleboog J/N.....  
Pols J/N.....  
Hand J/N.....  
Heup J/N.....  
Lies J/N.....  
Dijbeen J/N.....  
Knie J/N.....  
Onderbeen J/N.....  
Enkel J/N.....  
Voet J/N.....

Komen er in uw familie een van de volgende ziektes of aandoeningen voor:

Hartziekten J/N.....  
Astma J/N.....  
Bronchitis J/N.....  
Vallende ziekte.....  
Beroerte J/N.....  
Tbc J/N.....  
Plotseling overlijden op jonge leeftijd J/N.....  
Een hier niet genoemde erfelijke ziekte J/N.....

**Ingevuld door.....**

**Datum.....**

**Handtekening.....**