



Medische keuring Scheepvaartpersoneel

Dit formulier gebruikt de keuringsarts, naast aanvullend onderzoek, voor het oordeel of u als kandidaat goedgekeurd wordt.

De keuringsarts registreert de gegevens van de kandidaat en de uitslag van de keuring bij de Medisch Adviseur Scheepvaart bij de ILT, met (indien van toepassing) de reden(en) van afkeuring.

De keuringsarts bewaart de keuringsgegevens in een medisch dossier.

De Medisch Adviseur Scheepvaart heeft zonder toestemming van de kandidaat géén inzage in de medische gegevens.

Voor meer informatie over dit formulier kunt u contact opnemen met de keuringsarts.

Meer informatie

088 489 00 00 | www.ilent.nl

1 Gegevens kandidaat

- 1.1 Achternaam en geslacht Man Vrouw
- 1.2 Voornamen voluit
- 1.3 Geboortedatum en geboorteplaats
- 1.4 Nationaliteit
- 1.5 Adres
- 1.6 Postcode en woonplaats
- 1.7 Telefoonnummer(s) | 06-
- 1.8 Nummer monsterboekje en land van afgifte
(voor zeevaart)
- 1.9 Nummer legitimatiebewijs (Paspoort, ID of
rijbewijs)

2 Gegevens huisarts

- 2.1 Naam
- 2.2 Adres

3 Gegevens werk/opleiding

- 3.1 Naam rederij of school
- 3.2 Scheepstype waar u op vaart
- 3.3 Functie aan boord van het schip
- 3.4 Vaargebied van het schip

4

Gegevens vorige keuringen

- 4.1 Bent u ooit afgekeurd voor de scheepvaart? Ja Nee
- 4.2 Bent u ooit beperkt goedgekeurd? Ja Nee
- 4.3 Heeft u ooit een medische ontheffing gehad? Ja Nee
- 4.4 Datum laatste keuring
- 4.5 Bijzonderheden

5

Gegevens huidige keuring

- 5.1 U wordt gekeurd voor een
- Zeevaart**
- Zeevarende met uitkijk- of wachtfunctie op de brug
- Zeevarende met uitkijk- of wachtfunctie in de machinekamer
- Zeevarende zonder uitkijk- of wachtfunctie, maar met veiligheids- of beveiligingstaken
- Zeevarende zonder veiligheids- of beveiligingstaken
- Binnenvaart**
- Rijnpatent, Groot vaarbewijs of dienstboekje
- Klein vaarbewijs

6

Medische vragen

- 6.1 Zijn er werkzaamheden aan boord waarvan u zich niet in staat voelt ze uit te voeren? Ja Nee
- 6.2 Bent u ooit van boord gegaan wegens ziekte? Ja Nee
- 6.3 Heeft u ooit een ongeval gehad? Ja Nee
- 6.4 Bent u ooit geopereerd? Ja Nee
- 6.5 Heeft u ooit een werkgerelateerde aandoening gehad? Ja Nee
- 6.6 Kunt u handen en voeten normaal gebruiken, zowel wat betreft beweging als gevoel? Ja Nee
- 6.7 Bent u overgevoelig voor bepaalde stoffen? Ja Nee
- 6.8 Bent u nachtblind? Ja Nee
- 6.9 Heeft u een bril of contactlenzen? Ja Nee
- 6.10 Is uw kleurenzien volledig normaal? Ja Nee
- 6.11 Heeft u een operatie of laserbehandeling van de ogen gehad? Ja Nee
- 6.12 Heeft u een gehoorapparaat? Ja Nee
- 6.13 Gebruikt u medicijnen en zo ja, welke? Ja Nee
- 6.14 Drinkt u alcohol en zo ja, hoeveel eenheden per week? Ja Nee
- 6.15 Rookt u en zo ja, hoeveel per dag? Ja Nee
- 6.16 Heeft u in de afgelopen 5 jaar drugs gebruikt? Ja Nee

Medische keuring

Scheepvaartpersoneel
Inspectie Leefomgeving en Transport
Ministerie van Infrastructuur en Milieu

- 6.17 Bent u nu zwanger en zo ja, verwachte datum bevalling? Ja Nee N.v.t. | _____
- 6.18 Heeft u klachten rond de menstruatie? Ja Nee N.v.t. _____
- 6.19 Wanneer bent u voor het laatst bij de tandarts geweest? | _____
- 6.20 Kunt u een vlot keren? (STCW-training) Ja Nee N.v.t. _____
- 6.21 Kunt u werken met een ademluchtmasker (STCW-training) Ja Nee N.v.t. _____
- 6.22 Bijzonderheden

7

Gezondheidsklachten

- 7.1 Heeft u last, of last gehad van de onderstaande klachten?
- Suikerziekte Ja Nee _____
- Kanker Ja Nee _____
- Schildklierandoening Ja Nee _____
- Besmettelijke ziekte, tropische ziekte Ja Nee _____
- Tuberculose Ja Nee _____
- Trombose of embolie Ja Nee _____
- Beroerte Ja Nee _____
- Epilepsie, toevallen of stuipen Ja Nee _____
- Psychische problemen Ja Nee _____
- Drankprobleem Ja Nee _____
- Overspannendheid, depressies Ja Nee _____
- Hoogte- / ruimte- / engtevrees Ja Nee _____
- Slapeloosheid Ja Nee _____
- Slaapwandelen, bedplassen Ja Nee _____
- Huidziekte, eczeem Ja Nee _____
- Geslachtsziekte Ja Nee _____
- Liesbreuk Ja Nee _____
- Spataderen, aambeien Ja Nee _____
- Hoofdpijn, duizeligheid Ja Nee _____
- Flauwvallen Ja Nee _____
- Verminderd zien of wazig zien Ja Nee _____
- Verminderd gehoor of oorsuizen Ja Nee _____
- Hoesten, kortademigheid Ja Nee _____
- Astma, bronchitis Ja Nee _____
- Hoge bloeddruk Ja Nee _____

Medische keuring

Scheepvaartpersoneel
Inspectie Leefomgeving en Transport
Ministerie van Infrastructuur en Milieu

Hart aandoening	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Pijn op de borst, hartkloppingen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Dikke voeten, vooral 's avonds	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Maagpijn, misselijkheid of slechte eetlust	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Buikpijn, buikkrimp	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zwarte of verkleurde ontlasting	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Persen of pijn bij het plassen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Terugkerende en extreme rugpijn	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Pijn in armen, benen of gewrichten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Botbreuken, ontwrichting	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Terugkerende en extreme zeeziekte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

7.2 Bijzonderheden

8

Ondertekening

Ondergetekende is bekend met het feit, dat onjuiste of onvolledige invulling van het formulier tot gevolg kan hebben, dat het geneeskundig onderzoek ongeldig wordt verklaard. Ondergetekende verklaart dan ook het formulier naar waarheid en beste weten te hebben ingevuld.

8.1 Plaats en datum

8.2 Handtekening