



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 _____
- Overspanning, 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

9 Gegevens keuring en arts

- 9.1 Keuringsdatum _____
- 9.2 Naam keuringsarts _____

10 Lichamelijk onderzoek

- 10.1 Lengte en gewicht _____
- 10.2 BMI _____
- 10.3 Buikomvang (optioneel) _____
- 10.4 Pols en bloeddruk _____
- 10.5 Algemene indruk _____
- 10.6 Psyche _____
- 10.7 Huid _____
- 10.8 Lymfeklieren _____
- 10.9 Hals / schildklier _____
- 10.10 Mond / keel / neus _____
- 10.11 Gebit _____
- 10.12 Spraak _____
- 10.13 Hart _____
- 10.14 Longen _____
- 10.15 Buik _____
- 10.16 Uitwendige geslachtsorganen, liezen _____
- 10.17 Armen _____
- 10.18 Benen _____
- 10.19 Wervelkolom _____
- 10.20 Motoriek _____
- 10.21 Coördinatie _____
- 10.22 Reflexen _____

11 Lichamelijke conditie en fysieke vaardigheden

- 11.1 Op- en afgaan van ladders en trappen Voldoende Onvoldoende _____
- 11.2 Stappen over drempel (60cm) Voldoende Onvoldoende _____
- 11.3 Grijpen, tillen, handvaardigheden Voldoende Onvoldoende _____
- 11.4 Reiken boven schouderhoogte Voldoende Onvoldoende _____
- 11.5 Bukken, hurken, knielen en kruipen Voldoende Onvoldoende _____
- 11.6 Gedurende een wachtperiode staan en lopen Voldoende Onvoldoende _____
- 11.7 Door een opening van 60x60 cm bewegen Voldoende Onvoldoende _____

12 Gezichtsvermogen / ogen

12.1	Visus zonder correctie	OD	OS	ODS
12.2	Visus met correctie	OD	OS	ODS
12.3	Nabijzien			ODS
12.4	Lezen beeldscherm op 70 cm			ODS
12.5	Gezichtsveld	OD	OS	
12.6	Uitwendig aspect	OD	OS	
12.7	Oogbewegingen	OD	OS	
12.8	Pupil reflex	OD	OS	
12.9	Indicatie dubbelzien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
12.10	Reservebril	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	

Kleurenonderscheidingsvermogen

12.11	Ishihara 2 of meer fouten	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja (nader onderzoek vereist)	
12.12	Specialistische kleurentest	<input type="checkbox"/> Voldoende	<input type="checkbox"/> Onvoldoende	
12.13	Gebruikte specialistische test en de uitslag			

Nader onderzoek vereist

12.14	Nachtblindheid	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
12.15	Fundoscopie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	

13 Gehoorvermogen / oren

13.1	Conversatiespraak	AD	m	AS	m
13.2	Toon-audiometrie verlies 500 Hz.	AD	dB	AS	dB
13.3	Toon-audiometrie verlies 1000 Hz.	AD	dB	AS	dB
13.4	Toon-audiometrie verlies 2000 Hz.	AD	dB	AS	dB
13.5	Toon-audiometrie verlies 3000 Hz.	AD	dB	AS	dB
13.6	Toon-audiometrie verlies gemiddeld	AD	dB	AS	dB
13.7	Otoscopie	AD			
		AS			

14 Aanvullend onderzoek

14.1	Is de kandidaat afkomstig uit of wonend in een tuberculose risicogebied?	<input type="checkbox"/> Ja (Onderzoek op tuberculose is geïndiceerd)	
		<input type="checkbox"/> Nee	
14.2	X-thorax / Mantoux datum en de uitslag		
14.3	Urine:		
	Eiwit		
	Glucose		
	Bloed		

15 Overig aanvullend onderzoek

15.1 Opmerkingen

16 Specialistisch deelonderzoek

16.1 Opmerkingen

17 Bijzonderheden uit familie-anamnese

17.1 Opmerkingen

18 Overleg behandelend arts

18.1 Opmerkingen

19 Opmerkingen en aantekeningen

19.1 Opmerkingen

20 Geldigheid ontheffingen

20.1 Tot welke datum zijn de ontheffingen, afgegeven door de medisch adviseur scheepvaart geldig?

Ontheffing algemene lichamelijke geschiktheid: _____

Ontheffing gezichtsorgaan: _____

Ontheffing gehoororgaan: _____

21 Conclusie Zeevaart

21.1

Voldoet aan de eisen van	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		
	Ja	Ont-heffing *	Nee	Ja	Ont-heffing *	Nee	Ja	Ont-heffing *	Nee	Ja	Ont-Heffing *	Nee
Algemene lichamelijke geschiktheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oog en gezichtsvermogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oor en gehoor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONCLUSIE	<input type="checkbox"/> Geschikt *		<input type="checkbox"/> Ongeschikt **	<input type="checkbox"/> Geschikt *		<input type="checkbox"/> Ongeschikt **	<input type="checkbox"/> Geschikt *		<input type="checkbox"/> Ongeschikt **	<input type="checkbox"/> Geschikt *		<input type="checkbox"/> Ongeschikt **

* Als de zeevarende een ontheffing heeft, is de vervaldatum van de geneeskundige verklaring nooit later dan de vervaldatum van de ontheffing.

** Een kandidaat is ongeschikt indien er 1 x nee wordt aangekruist, tenzij de kandidaat een geldige ontheffing bezit.

21.2 Beperking geldigheidsgebied _____

21.3 Beperking geldigheidstermijn _____

22 Conclusie Binnenvaart

22.1

Voldoet aan de eisen van	Rijnpatent, Groot vaarbewijs of dienstboekje		Klein vaarbewijs	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Algemene lichamelijke geschiktheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oog en gezichtsvermogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oor en gehoor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONCLUSIE	<input type="checkbox"/> Geschikt		<input type="checkbox"/> Ongeschikt **	<input type="checkbox"/> Ongeschikt **

** Een kandidaat is ongeschikt indien er 1 x nee wordt aangekruist, tenzij de kandidaat een geldige ontheffing bezit.

22.2 Beperking geldigheidstermijn _____

22.3 Overige beperkingen of voorwaarden _____