

Bästa läkare,

Enligt Svenska Motorsportförbundets (Svemo) regler måste den som söker licens för båtracing fylla i en hälsodeklaration. Om något svar avviker från de gråmarkerade svarsalternativen, skall ett läkarintyg kunna uppvisas där läkaren finner den sökande lämplig för racerbåtssporten.

Licenssökanden kan även behöva uppvisa läkarintyg av andra anledningar, t.ex. när denne ska köra cockpitbåt, tävla internationellt eller om en förare har fyllt femtio år.

Sid 1 är en slutsummering av hälsotillståndet vilken ni fyller i och skriver under och överlämnar till den licenssökande personen. Denna sammanställning skriver sedan den licenssökande personen själva under och sänder in till förbundet.

Sid 2 innehåller ett antal frågor som våra förbundsläkare ansett relevanta för att ni ska kunna göra en allmän bedömning om något hälsohinder föreligger för att personen ska kunna erhålla en tävlingslicens. Av integritetsskäl så behåller ni själva denna sida.

Läkarintyg

Härmed har _____

med personnummer: _____

gjort en godkänd läkarundersökning för att få köra / tävla med racerbåt.

Bör konsultera förbundsläkaren: Ja

Nej

Signatur av läkare: _____

Namnförtydligande: _____

Datum: _____

Försäkran:

Jag intygar härmed att jag noggrant övervägt de ovanstående uppgifterna och att de såvitt jag vet är fullständiga och korrekta samt att jag inte har undanhållit någon information av betydelse eller lämnat vilseledande uppgifter.

Jag förbinder mig att inte - annat än i medicinskt syfte och i enlighet med gällande föreskrifter om dispens – inta eller använda dopingklassade substanser eller metoder enligt WADA:s dopinglista.

Samtycke till utlämnade av medicinsk information:

Jag godkänner härmed att alla uppgifter i denna ansökan och läkarintyg inklusive bilagor får lämnas ut till Svemos förbundsläkare.

Datum: _____

Underskrift licenssökande: _____

Underskrift målsman (om sökande är under 18 år): _____

Läkarintyg för båtracing

Intyg utfärdat för (namn): _____ Personnr: _____

Börjat med båtsport: _____

Eventuella olyckor (när, var, under vilka förhållanden) _____

Anser ni Er f.n. fullt frisk: _____

Förarens signatur: _____

Eventuella övriga sporter: _____

LÄKARUNDERSÖKNING

Längd: _____

Vikt: _____

Lungor: _____

Hjärta: _____

Blodtryck i vila: _____

Neurologisk status: _____

Synskärpa: _____

Synfält: _____

Färgseende: _____

Hörsel: _____

Tobaksbruk: _____

Alkoholvanor: _____

Föreskrivna mediciner: _____

Allergi: _____

Diabetes: _____

Epilepsi: _____

Nyligen opererad (när)?: _____

Förekommer medicinskt hinder för båtsport? _____

Undersökning utförd: _____

LÄKARE

Läkare (signatur & namnförtydligande) // Ort & datum:

Adress & telefon _____