



## Hälsodeklaration Svenska Racerbåtförbundet

Denna hälsodeklaration skall ifyllas av samtliga som löser licens och den ska sändas in till förbundet.

Hälsodeklaration fordras för den som önskar ordinarie- såväl som engångslicens.

Läkarintyg och Hälsodeklaration fordras för besättningar (både förare och navigatör) i cockpitbåt samt för förare som skall tävla internationellt.

Det rekommenderas även att Du som från början ska ha läkarintyg fyller i denna hälsodeklaration och lämnar den till Din läkare inför dennes bedömning.

För personer som tävlar och är över 50 år gäller att de, utöver Hälsodeklarationen, måste lämna in Läkarintyg vart 5:e år.

	Nationellt tävlande	Tävlande i cockpitbåt	Internationellt tävlande
Förare	Hälsodeklaration	Läkarintyg	Läkarintyg
Navigatör	Hälsodeklaration	Läkarintyg	Hälsodeklaration

Om någon av nedanstående frågor ej besvaras i grått fält, krävs läkarintyg som stödjer att Du är lämplig licensinnehavare.

Ta då med denna hälsodeklaration samt det läkarintyg som SVERA använder för internationellt tävlande samt besättningar i cockpit. Anvisningar till läkaren finns i slutet på detta dokument.

1		Har Du någon sjukdom, skada eller annat medicinskt förhållande som kan påverka förmågan att framföra motorbåt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
2		Har Du någon synrubbing, som t ex		
	a)	Nedsatt synskärpa, vilken föranleder glasögon enl. körtkortsregler. <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	b)	Ofrivilliga ögonrörelser (nystagmus)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	c)	Synfältsdefekter /t ex begränsat vidvinkelseende	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	d)	Dubbelseende	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	e)	Nattblindhet (påtagligt sämre syn i mörker)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	f)	Nedsatt ögonrörlighet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	g)	Annan synrubbing	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
3	a)	Har Du eller har Du haft överraskande anfall av balansrubbing eller yrsel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	b)	Har Du allvarlig hörselnedsättning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
4		Har Du någon sjukdom eller nedsättning i rörelseorganens funktioner?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
5		Har Du eller har Du haft hjärt- och/eller kärlsjukdom, som t ex	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	a)	Stroke (hjärnblödning, blodpropp i hjärnan)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	b)	Kärlkramp	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	c)	Hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	d)	Rubbingar av hjärtats rytm	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	e)	Nedsatt klafffunktion (blåsljud på hjärtat)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	f)	Annan hjärt- eller kärlsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
6		Har du diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
7	a)	Har Du eller har Du haft neurologisk sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	b)	Har du haft hjärnskakning med efterföljande medvetslöshet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

<sup>1</sup> Om Du enligt ditt körkort måste ha glasögon när Du kör bil, så ska Du även ha det vid tävling. Är Du osäker på Din synskärpa rekommenderas starkt att Du gör en synundersökning i enlighet med ansökan om körkort.

v.g.vänd

8	a)	Har Du eller har Du haft epilepsi?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	b)	Har Du eller har Du haft kramper, svimningar eller andra rubbningar av medvetandet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
9		Har Du eller har Du haft allvarligt nedsatt njurfunktion?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
10		Har du upplevt besvär i form av störningar i uppmärksamhet, tankeförmåga eller minne?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
11	a)	Har du snarkproblem med orolig sömn och dagtrötthet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	b)	Drabbas Du ofta av ofrivilliga sömnattacker?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
12		Missbrukar Du eller har Du missbrukat alkohol, droger eller läkemedel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
13		Har Du eller har Du haft någon psykisk störning/sjukdom, t ex schizofreni eller annan psykos, manodepressiv sjukdom eller diagnos som t ex ADHD, DAMP eller Aspergers syndrom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

### Övriga frågor

1	Har Du vårdats på sjukhus eller haft kontakt med läkare med anledning av ovanstående (punkterna 1-13)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	När:		
	Vårdinrättningens namn och klinik/er:		
2	Behandlas Du för närvarande med lugnande eller sömngivande läkemedel eller har Du annan långvarig medicinerings för någon av ovanstående sjukdomar (punkterna 1-13)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Om frågan besvaras med ja, vilken eller vilka mediciner?		
3	Har du tidigare läkarundersökts i samband med licensansökan oavsett sport?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Om frågan besvarats med ja, ange när:		
4	Anser Du Dig för närvarande fullt frisk?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Om frågan besvarats med nej, ange orsaken:		

Härmed försäkras att de uppgifter jag lämnat avgetts helt sanningsenligt. Observera att den som inte fyller i detta sanningsenligt riskerar att anmälas till SVERA eller Riksidrottsnämnden.

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Egenhändig namnunderskrift  
(samt målsmans underskrift om den sökande är under 18 år)

\_\_\_\_\_  
Licens.nr + namnförtydligande

### Anvisningar till läkaren:

Enligt Svenska Racerbåtförbundets (SVERA) regler måste den som söker licens fylla i ovanstående hälsodeklaration. Denna är utformad efter den Hälsodeklaration Vägverket använder för ansökan om vissa körkort.

Om något svar avviker från de gråmarkerade svarsalternativen, skall ett läkarintyg kunna uppvisas där läkaren finner den sökande lämplig för racerbåtporten.

Har du som läkare frågor, kontakta förbundet!

SVERA  
Märbackagatan 19  
S-123 43 Farsta  
Sweden

Tel: 08-683 30 20  
Fax: 08-683 30 29  
Pg: 35 92 62 - 3

E-post: info@svera.org  
Hemsida: www.svera.org  
Org.nr. 802005 - 4444