

LÄKARINTYG

avsett för ansökan om ryttarlicens för deltagande i galopplöpningar



Frågor att besvaras av sökanden

Efternamn och tilltalsnamn

Personnummer

Har du eller har du haft:	Ja	Nej
<u>Hjärtsjukdom eller liknande problem</u>		
<u>Lungsjukdom, astma eller hösnuva</u>		
<u>Diabetes, äggvita eller socker i urinen</u>		
<u>Besvär från leder eller muskler</u>		
<u>Diskbräck, besvär från rygg, ben, nacke. Har du behandlats av naprapat eller kiropraktiker</u>		
<u>Tumörer, sjukdom i lymfan eller blodsjukdom</u>		
<u>Epilepsi, kramper, yrsel, svimning eller annan nervsjukdom</u>		
<u>Problem med alkohol, narkotika eller mediciner</u>		
<u>Allergier, eksem eller hudbesvär</u>		
<u>Annan långvarig eller allvarlig sjukdom</u>		
<u>Tar du regelbundet någon medicin? Om ja, ange preparat</u>		
<u>Har du råkat ut för svårare kroppsskada i samband med olycka inom galoppsporten? När? Vad?</u>		

Att samtliga lämnade uppgifter i denna hälsförklaring är fullständiga och sanningsenliga intygas:

den _____ 20____

Namnteckning _____

För mer info om hur Svensk Galopp behandlar dina personuppgifter, se www.svenskgalopp.se/integritetspolicy

Frågor att besvaras av läkaren angående:

Namn _____

Pers.nr: _____

Den sökandes vikt i kg _____

Innehåller urinen äggvita eller socker _____

Hjärt- och lungverksamheten _____

Blodtryck _____

Synfält _____

Syn (med ev. korrektion) H _____

V _____

Hörsel förmåga
(uppfattar sökanden normal samtalston?) _____

Finns tecken på sjukdom i nervsystemet (reflexer, eller liknande?) _____

Om den sökande har uppgivit tidigare sjukdom eller skada uppkommen i sin ryttarutövning, bedöms den ha någon inverkan på fortsatt utövning? _____

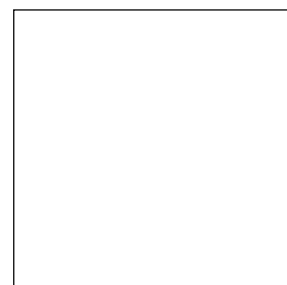
I den av mig denna dag företagna läkarundersökningen och av sökanden på föregående sida ifyllda hälsodeklaration har, enligt min uppfattning klarlagts att sökanden inte lider av sådan skada eller sjukdom som minskar förmågan att såsom ryttare deltaga i galopplöpningar.

Att samtliga uppgifter i denna undersökning är fullständiga och sanningsenliga intygas:

* _____

_____ den _____ 20 _____

Legitimerad läkare



Läkarstämpel

* Här antecknas sådant av sökanden uppgivet eller av läkaren funna anmärkningar som enligt läkarens mening väsentligen minskar sökandens förmåga att som ryttare delta i galopptävlingar.