

## Vejledning til den undersøgende læge, 3 sider

Vores internationale union, Fédération Internationale de Motocyclisme (FIM) kræver, at alle kørere, der skal have udstedt et Internationalt- eller Mesterskabslicens, skal gennemgå en lægeundersøgelse, der godtgør, at pågældende kører er egnet til at deltage i motorcykel sports arrangementer.

Den udfyldte Helbredsattest skal vedlægges ansøgningen om licens.

Formålet med undersøgelsen er at fastslå, om ansøgeren fysisk og mentalt er egnet til at beherske en motorcykel for at sikre sikkerheden for andre kørere, officials og publikum, under hensyntagen til den type af løb, køreren ansøger om licens til.

### Følgende grundlag bedes anvendt:

Visse legemlige skavanker udelukker muligheden for at udstede det ønskede licens.

- **Lemmer**

Ansøgeren skal have tilstrækkelig brug af sine lemmer til fuldt ud at kunne beherske sin motorcykel under løb. En ansøger med organisk eller funktionel tab af et lem eller dele af et lem, bør muligvis henvises til en specialist på området.

- **Syn**

Afstandssyn bør ikke være under 6/6 (1.0 eller 10/10) på hvert øje (med briller/linser, hvis ansøgeren bruger sådanne).

Ansøgere med svagt eller intet syn på et øje og som har haft denne defekt i mindst et år, kan deltage i konkurrencer i Trial. I dette tilfælde skal synet på det gode øje være mindst 6/6 (1.0 eller 10/10) uden briller eller linser og køreren må have en tilfredsstillende afstandsbedømmelse. Hvis kørerens ansøgning om licens godkendes, skal han bære dobbelt beskyttelse på det gode øje, når han deltager i løb.

Hvis der er tvivl om at køreren kan skelne farver, skal køreren i alle tilfælde, Trial undtaget, klart kunne skelne mellem farverne på røde, grønne, blå, gule, sorte og hvide flag. Det anbefales her at udføre en enkel praktisk test under forhold, der svarer til et løb.

- **Døvhed**

Komplet døvhed på begge ører vil forhindre køreren i at kunne få udstedt licens, Trial undtaget.

## Vejledning til den undersøgende læge

- **Sukkersyge**

Generelt kan det ikke anbefales, at personer der lider af diabetes, deltager i motorcykel sports arrangementer.

En diabetiker med velreguleret diabetes, som ikke forårsager hypo- eller hyperglykæmiske anfald, og som ikke har komplikationer i form af neuropati eller nogen form for ophthalmoskopiske tegn på vaskulære komplikationer, kan godkendes som egnet til at deltage.

- **Hjerte og kredsløb**

Et hjertetilfælde eller alvorlige hjerte kredsløbs sygdomme vil normalt udelukke en kører fra motorsport.

Speciel opmærksomhed henledes på uregelmæssigt blodtryk og hjerterytme. I sådanne tilfælde skal en hjertespecialist udstede en attest, der indeholder resultatet af de tests, denne har fundet relevante at udføre. Denne attest skal vedlægges Helbredsattesten som bilag.

For kørere over 50 år skal der laves et arbejds-ekg, udvisende et gunstigt resultat.

- **Neurologiske og psykiatriske forstyrrelser**

Generelt vil ansøgere med alvorlige neurologiske og psykiatriske forstyrrelser ikke få udstedt licens.

- **Besvimelsesanfald eller uforklarlige anfald med tab af bevidsthed til følge**

Der vil ikke kunne udstedes licens, hvis ansøgeren er epileptiker, har lidt af et enkelt epileptisk anfald eller har lidt af et uforklarligt, pludseligt tab af bevidsthed.

- **Afhængighed af alkohol og narkotika**

Ansøgere, der er afhængige af alkohol eller narkotika, vil ikke få udstedt licens.

- **Procedure hvis lægen er i tvivl om kørerens helbredsmæssige egnethed**

Lægen, der udfører undersøgelsen, kan føle sig ude af stand til at godkende kørerens egnethed.

I dette tilfælde bedes lægen udfylde formularen, sætte sit kryds i den relevante boks og sætte sit stempel og underskrift på. Herefter sendes formularen til

*Danmarks Motor Union, Idrættens Hus, 2605 Brøndby*

sammen med sine observationer inkl. forhistorie.

Finder den undersøgende læge det nødvendigt, kan hun eller han foreslå at få ansøgeren undersøgt af en læge udpeget af DMU.

## Vejledning til den undersøgende læge

- **Undersøgelsens omkostninger**

Licensansøgeren afholder selv omkostningerne i forbindelse med helbredsundersøgelsen, samt eventuelle omkostninger forbundet med udfyldelsen af skemaet.

- **Helbredsundersøgelsens gyldighedsperiode**

Helbredsundersøgelsen gælder 1 år. I forbindelse med ansøgning om licens i et nyt licens år, skal der foretages en ny undersøgelse. Hvis en kører i forbindelse med en ulykke er kommet alvorligt til skade, skal der foretages en ny undersøgelse.

⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗

**MEDICINSK HISTORIE**  
MEDICAL HISTORY



**Bilag A**  
Appendix A  
2 sider / pages

**Personlige oplysninger / personal data:**

**FMN: DMU**

<b>Efternavn</b> <i>Last name</i>			
<b>Fornavn</b> <i>First name</i>			
<b>Adresse</b> <i>Address</i>			
<b>Post nr.</b> <i>Zip code</i>	<b>By</b> <i>Town</i>		
<b>CPR nr.</b> <i>Date of birth</i>	<b>Køn:</b> Mand <i>Sex:</i> Male	<b>Kvinde</b> <i>Female</i>	

Skemaet bedes udfyldt af ansøgeren eller forældre/værge, hvis ansøgeren er mindreårig.  
*Medical History (to be completed by applicant or responsible parent/guardian if applicant is a minor)*

<b>Nej / no</b>	<b>Ja / yes</b>	<b>Detaljer / details</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du nogensinde været bevidstløs (uanset årsag), lidt af svimmelhed eller hovedpine <i>Loss of consciousness for any reason, dizziness or headache</i>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemer med synet, bortset fra brugen af briller <i>Eye problems (except glasses)</i>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lider du af astma <i>Asthma</i>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du allergi overfor nogen former for medicin eller andre medikamenter <i>Allergy to medicines or drugs</i>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lider du af sukkersyge <i>Diabetes</i>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lider du af hjertesygdomme eller har du haft problemer med hjertet <i>Heart problems</i>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unormalt blodtryk <i>Blood pressure disorder</i>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maveproblemer (mavesår og lignende) <i>Stomach problems (ulcer, etc.)</i>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemer med urinveje / kønsorganer <i>Uro-genital problems</i>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsi eller krampeanfald <i>Epilepsy or convulsions</i>		

# MEDICINSK HISTORIE

## MEDICAL HISTORY



Nej / no	Ja / yes	Detaljer / details
<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"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>a</b>	<b>Jeg er ikke på et medicinsk grundlag blevet udelukket fra at deltage i nogen former for sport</b> I have not been banned, on medical grounds, from taking part in any other sport	
<b>b</b>	<b>Jeg tager ingen medicin og misbruger ikke alkohol</b> I do not take drugs and do not abuse alcohol	
<b>c</b>	<b>I tilfælde af en ulykke giver jeg enhver kompetent person lov til at give mig den nødvendige behandling, medicinsk og/eller kirurgisk, inklusive tilførsel af blod eller blodprodukter. Jeg giver også lov til, at oplysninger om min medicinske tilstand af Stævnelægen må gives til Stævnelederen og til min egen læge og familie.</b> In case of emergency, I authorise any qualified person to administer the necessary treatment, medical and/or surgical, including the administration of blood or blood products. I also agree to information concerning my medical condition being given by the Doctor in Charge to the Clerk of the Course, and to my own doctor and relatives.	
<b>d</b>	<b>Jeg erklærer hermed, at de oplysninger, jeg har givet, er sandheden.</b> I declare that the information that I have given is the truth	
<b>e</b>	<b>Jeg giver lov til, at de oplysninger i skemaet 'Helbredsundersøgelse' må sendes til min Nationale Motorcykelsports Union (DMU), hvor disse vil blive behandlet fortroligt.</b> I agree to the information on the Medical Examination Form being sent to my FMN, where same will be treated as confidential material.	

Dato  
Date

Ansøgerens underskrift (eller forældre/værge, hvis ansøgeren er mindreårig)  
Signature of applicant (or responsible Parent or Guardian if a minor)



Personlige oplysninger / personal data:

FMN: **DMU**

<b>Efternavn</b> <i>Last name</i>	
--------------------------------------	--

<b>Fornavn</b> <i>First name</i>	
-------------------------------------	--

<b>Adresse</b> <i>Address</i>	
<b>Post nr.</b> <i>Zip code</i>	<b>By</b> <i>Town</i>

<b>CPR nr.</b> <i>Date of birth</i>	<b>Køn: Mand</b> <i>Sex: Male</i>	<b>Kvinde</b> <i>Female</i>
--	--------------------------------------	--------------------------------

Skemaet bedes udfyldt af ansøgeren læge.  
*The Form to be completed by the applicants doctor.*

Normal <i>Normal</i>	Unormal <i>Abnormal</i>	Detaljer (hvis unormal) <i>Details (if abnormal)</i>
<input type="checkbox"/> <b>Hjerte og kredsløb</b> <i>Cardio-vascular system</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Blodtryk / blood pressure</b>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Puls / Pulse</b>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Luftveje / Respiratory system</b>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Nervesystemet / Nervous system</b>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Kranienerver / Head</b>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Perifere nerver / Peripheral</b>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Ører, næse og svælg, specielt balanceorganerne i øret</b> <i>Ear, nose and throat, in particular vestibulocochlear apparatus</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Højre / right</b>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Venstre / left</b>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Bevægeevne i / Locomotorsystem</b>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Højre arm / Right arm</b>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Venstre arm / Left arm</b>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Højre ben / Right leg</b>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Venstre ben / Left Leg</b>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Ryggrad / Spine</b>	<input type="checkbox"/>	



Normal <i>Normal</i>	Unormal <i>Abnormal</i>	Detaljer (hvis unormal) <i>Details (if abnormal)</i>
<input type="checkbox"/> <b>Mave-tarmsystem, mavemuskler (brok)</b> <i>Abdomen (hernia)</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Urinprøve / Urine</b> <input type="checkbox"/> <b>Protein / Albumen</b> <input type="checkbox"/> <b>Sukker / Glucose</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Øjne / Eyes</b> <b>Afstandssyn, uden briller/linser</b> <i>Distant vision without correction</i> <input type="checkbox"/> <b>Højre / right</b> <input type="checkbox"/> <b>Venstre / left</b>  <b>Afstandssyn, med briller/linser hvis sådanne bruges</b> <i>Distant vision with correction</i> <input type="checkbox"/> <b>Højre / right</b> <input type="checkbox"/> <b>Venstre / left</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Kommentarer i øvrigt</b> <i>Any other comments</i>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Undertegnede bekræfter, at denne person er egnet til at deltage i motorcykel sports arrangementer</b> <i>I, the undersigned, certify that this person is fit to take part in motorcycle events</i>		
<input type="checkbox"/> <b>Undertegnede bekræfter, at denne person er IKKE EGNET til at deltage i motorcykel sports arrangementer</b> <i>I, the undersigned, certify that this person is NOT FIT fit to take part in motorcycle events</i>		
<input type="checkbox"/> <b>Jeg anbefaler, at denne person bliver undersøgt af en af Danmarks Motor Union udpeget læge</b> <i>I recommend that this person be examined by a doctor appointed by Danmarks Motor Union.</i>		

Dato  
*Date*

Lægens underskrift og stempel  
Signature and stamp of the Doctor