

**DOCUMENT 3: Medisch Diagnoseformulier (MDF) VI**  
**voor nationale classificatie van sporters met een visuele beperking**

*Versie 19 maart 2021*

Dit document is gebaseerd op het internationale 'Medical Diagnostic Form VI' van het IPC en IBSA.

Dit formulier moet **door de G-sporter (luik 1) én zijn behandelende oogarts (luik 2) ingevuld** en daarna **door de G-sporter opgestuurd** worden naar [classificatie@parantee-psylos.be](mailto:classificatie@parantee-psylos.be), uiterlijk **16 weken** voorafgaand aan:

- de eerste competitiedeelname in België, of
- de competitiedeelname in België bij herclassificatie ('review'); of
- de competitiedeelname in België bij medische herclassificatie ('medical review').

Voor elke atleet met een visuele beperking die aan regionale of nationale competities wil deelnemen, is dit formulier, op een **duidelijke** en **leesbare** manier, verplicht.

Bijkomende en relevante medische informatie dient als **bijlage(n)** aan dit formulier toegevoegd te worden, zie verder. Wees **volledig**, de classificeerder houdt enkel rekening met medische info die in het aanvraagdossier vermeld staat.

De medische gegevens op dit formulier blijven **12 maanden geldig**.

**1. In te vullen door de ATLEET**

Familienaam: \_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_

Geslacht: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Gsm of Tel: \_\_\_\_\_

Adres, postcode & woonplaats: \_\_\_\_\_

Sporttak & discipline: \_\_\_\_\_

Sportclub(s): \_\_\_\_\_

Kruis aan:

Ik heb de classificatiehandleiding gelezen en ga akkoord met:

1. De bepalingen vermeld in deze classificatiehandleiding
2. De internationale regels van IPC en de betrokken internationale sportfederaties
3. De nationale en regionale regels van BPC en Parantee-Psylos
4. Het betalen van de eigen bijdrage
5. Het gebruik van de persoonlijke medische gegevens, enkel en alleen in functie van de nationale classificatieprocedure
6. De verwerking van mijn gegevens ifv mijn deelname aan het competitieaanbod in België, met inbegrip van publicatie op de classificatielijst

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening G-sporter: \_\_\_\_\_

Naam en handtekening wettelijke vertegenwoordiger (enkel verplicht als de G-sporter minderjarig is):

\_\_\_\_\_

## 2. In te vullen door de eigen OOGARTS

Naam G-sporter: \_\_\_\_\_

Beschrijving van de medische diagnose: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Optische correctie (kruis aan) :

- Bril
- Contactlenzen
- Oogprothese: links / rechts (omcirkel)

Visus/gezichtsscherpte mét optimale correctie (mogelijks verschillend van huidige correctie) :

- Rechteroog : \_\_\_\_\_
- Linkeroog : \_\_\_\_\_
- Beide ogen : \_\_\_\_\_
- Meetmethode (type test): \_\_\_\_\_

Oogonderzoek voorste oogsegment :

- Rechteroog: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Linkeroog: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oogonderzoek achterste oogsegment :

- Rechteroog: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Linkeroog: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gezichtsveld (full-field test):

- Goldmann / Humphrey field analyzer / Octopus (**omcirkel**) - steeds met index **III4** (index **V4 is ongeldig**) - schema toevoegen als **bijlage** !

De aandoening is aangeboren / verworven (omcirkel)

De aandoening is progressief/stabiel (omcirkel)

Medicatie: \_\_\_\_\_

Te verwachten medische ingrepen of behandelingen: nee/ja (omcirkel)

Zo ja, datum en beschrijving van de ingreep of behandeling: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Documenten (al dan niet recent) toevoegen als **bijlage(n)** indien beschikbaar:

- OCT papil/macula
- Automatische perimetrie
- Onderzoeksresultaten en verslag elektrofysiologie

Opmerkingen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

De erkende classificeerder kan altijd nog meer informatie opvragen.

**Ik bevestig dat bovenstaande informatie correct is (kruis aan)**

Naam behandelende arts: \_\_\_\_\_

Oogarts/specialisatie: \_\_\_\_\_

Rizivnummer: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Gsm of Tel: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening arts: \_\_\_\_\_