

## Document 3: Medisch diagnoseformulier (MDF) voor nationale classificatie van sporters met een VISUELE beperking

*Versie 4\_oktober 2022*

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@gsportvlaanderen.be](mailto:classificatie@gsportvlaanderen.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 verplicht en in te vullen op een **duidelijke** en **leesbare** manier.

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.

### 1. In te vullen door de ATLEET

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kruis aan:

Ik heb de classificatiehandleiding gelezen en ga akkoord met:

1. De bepalingen vermeld in de classificatiehandleiding
2. De internationale regels van IPC en de betrokken internationale sportfederaties
3. De nationale en regionale regels van BPC en G-sport Vlaanderen
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:

- 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 met **Goldmann** Perimeter met stimulus **III/4**

Opgelet: andere stimulus is ongeldig bv. V4

Schema gezichtsveld **MOET** toegevoegd worden als **bijlage** !

De aandoening is :

Aangeboren

Verworven

De aandoening is :

Progressief

Stabiel

Medicatie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Zo ja, datum en beschrijving van de ingrepen of behandelingen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Volgende documenten zijn zeer sterk **aangewezen** indien relevant, als aanvulling op het basisdossier :

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

De erkende classificeerder kan altijd nog meer informatie opvragen.

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

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

Handtekening en stempel arts: \_\_\_\_\_