

# FEI Medical Card / FEI Medische kaart/ Fiche Medicale FEI

## PERSONEL DETAILS/ PERSOONLIJKE GEGEVENS/ DONNEES PERSONELLES NEXT OF KIN

(Dichtsbijzijnde verwante/Parent le plus proche)

**Relationship:** .....  
(Verwantschap/Degré de parenté)

**Name:** .....  
(Naam/Nom)

**Address:** .....  
(Adres/Adresse)

**Tel No:** .....  
(Telefoonnummer/Numéro de tél)

**Change of Address:** .....  
(Adreswijziging/Changement d'adresse)

**New Tel No:** .....  
(Nieuw telefoonnummer/Nouveau numéro de tél)

## HORSE BOX DETAILS/VRACHTWAGEN/ DESCRIPTION DU TRANSPORT DU CHEVAL

**Marke :** .....  
(Merk/Marque)

**Colour :** .....  
(Kleur/Colour)

**Registration No :** .....  
(Nummerplaat/Numéro d'immatriculation)

**Name of your own doctor :** .....  
(Naam van persoonlijke dokter/Nom de votre médecin)

**Address:** .....  
(Adres/Adresse)

**Tel No:** .....  
(Telefoonnummer/Numéro de tél)

### Your name in full

(Naam, voornaam (in drukletters)/Nom, Prénom(s))

--

**Date of Birth:** .....  
(Geboortedatum/Date de naissance)

**Nationality :** .....  
(Nationaliteit/Nationalité)

**Religion :** .....  
(Geloof/Réligion)

**Permanent Address :** .....  
(Vaste verblijfplaats/Adresse permanente)

**Tel No:** .....  
(Telefoonnummer/Numéro de tél)

**Change of Address:** .....  
(Adreswijziging/Changement d'adresse)

**New Tel No:** .....  
(Nieuw telefoonnummer/Nouveau numéro de tél)

**PREVIOUS MEDICAL HISTORY/GENEESKUNDIG VERLEDEN/  
ANTÉCÉDENTS MEDICAUX**

Previous injuries/Vroegere verwondingen/Blessures Précédentes	Yes	No
Head/Hoofd/Tête		
Concussion/Hersenschudding/Commotion (State number/ spécifiez le nombre)		
Face/Aangezicht/Visage		
Neck/Hals/Cou		
Back/Rug/Dos		
Chest/Buik/Poitrine		
Abdomen/Abdomen/Abdomen		
Limbs/Ledematen/Membres		
Previous surgical operations/Vroegere heelkundige ingrepen/Interventions chirurgicales		
Diabetes/Diabetes/Diabète		
Epilepsy/Epilepsie/Epilepsie		
Blackouts/Geheugenverlies/Syncope		
Asthma/Astma/Asthme		
Heart/Hart/Coeur		
Lung/Longen/Poumon		
Other(including renal)/Andere (waaronder nieren)/Autres (y compris reins)		
Supplementary information/Bijkomende informatie/Informations complémentaires		
Normal sight/Normaal zicht/Vue normale		
Normal pupils/Normale pupillen/Pupilles normales		
Contact lenses/Contactlenzen/Verres de contact		
Normal hearing/Normaal gehoor/Ouïe normale		
Allergies/Allergiën/Allergies		
Medication/Medicatie/Médication		
Are you on Cortisone(steroid) ?/Volgt U een cortisone-behandeling (sterioden)?/Prenez vous de la cortisone (steroides)?		
Blood group (if known)/Bloedgroep (als bekend)/Groupe sanguin (si connu)		
Date of last tetanus immunisation/Datum laatste tetanus-vaccinatie/Date du dernier vaccin contre le tétanos)		

**Please record the details of previous injuries, surgical operation and medical conditions below, including dates** (Gelieve de details van vroegere verwondingen, heelkundige ingrepen en medische toestand te beschrijven, met relevante data/Veuillez donner ci-dessous les détails des blessures précédentes, interventions chirurgicales et conditions médicales, avec les date y relatives)

**Please record all current medication below** (Gelieve alle huidige medicatie te beschrijven/Veuillez inscrire tout traitement actuellement en cours)

**Please record details of any allergies** (Gelieve eventuele allergien te omschrijven / Veuillez indiquer vos éventuelles allergies)