

Eigen medische verklaring van:

Dhr/Mw: _____ **Geboortedatum:** _____

Adres: _____ **Postcode/Plaats:** _____

E-mail: _____ **Telefoon:** _____

(Oud-)Beroep: _____

Duikschool: _____ **Duikvereniging:** _____

Huisarts: _____ **Tel.nr:** _____

Adres huisarts: _____ **Plaats:** _____

Verzekering: _____ **Verzekeringsnr:** _____

1. Is dit uw eerste keuring voor sportduiken?

Ja Nee, de laatste keuring was: _____

2. Bent u ooit afgekeurd?

Nee Ja, i.v.m.: _____

3. Heeft u ooit eerder gedoken?

Nee (ga naar vraag 6) Ja, duikbrevet: _____

Sinds: _____ **Aantal duiken:** _____ **Soort duiken (bijv. wrak, diep, etc)** _____

4. Heeft u ooit klaringsproblemen of medisch klachten gehad bij of na het duiken?

Nee Ja, namelijk: _____

5. Heeft u ooit een duikongeval gehad (bijv. barotrauma, squeeze, reversed block of decompressieziekte)?

Nee Ja, namelijk: _____

6. Beoefent u een sport?

Nee Ja, namelijk: _____

7. Bent u ooit geopereerd? (graag ook jaartallen)

Nee Ja, namelijk: _____

8. Bent u onder medische behandeling (geweest)?

Nee Ja, i.v.m.: _____

9. Bent u onder (langdurige) behandeling van een fysiotherapeut, huisarts, psychiater, psycholoog of maatschappelijk werk (geweest)?

Nee Ja, i.v.m.: _____

10. Heeft u wel eens last van angst- of paniekaanvallen (bijv. in gesloten ruimtes)?

Nee Ja, namelijk: _____

11. Bent u wel eens overspannen geweest of bent u onder behandeling geweest vanwege psychische klachten?

Nee Ja, namelijk: _____

12. Heeft u last van hyperventilatieaanvallen?

Nee Ja, namelijk: _____

13. Heeft u last van emotionele problemen?

Nee Ja, namelijk: _____

14. Neemt u momenteel medicijnen in? (zowel op recept als niet op recept; graag naam en dosering vermelden)

Nee Ja, namelijk: _____

15. Heeft u ooit een verkeerde reactie op medicijnen gehad?

Nee Ja, namelijk: _____

16. Bent u ooit verslaafd geweest aan medicijnen?

Nee Ja, namelijk: _____

17. Bent u ergens allergisch voor?

Nee Ja, namelijk: _____

18. Bent u regelmatig verkouden of heeft u last van hooikoorts?

Nee Ja

19. Heeft u regelmatig klachten van de neus en/of bijholten?

Nee Ja, namelijk: _____

20. Heeft u wel eens een geperforeerd trommelvlies gehad?

Nee Ja

21. Heeft u regelmatig last van oorpijn?

Nee Ja, namelijk: _____

22. Heeft u last van looporen?

Nee Ja

23. Bent u ooit geopereerd in het keel-, neus- oorgebied?

Nee Ja, namelijk: _____

24. Heeft u wel eens problemen met uw oren in een vliegtuig of in de bergen?

Nee Ja

25. Heeft u problemen met uw gehoor of last van oorsuizen?

Nee Ja

26. Heeft u ooit longproblemen gehad?

Nee Ja, namelijk: _____

27. Heeft u astma, chronische bronchitis of COPD (of ooit gehad)?

Nee Ja, namelijk: _____

28. Bent u meer kortademig dan de meeste mensen?

Nee Ja

29. Heeft u het wel eens benauwd of het gevoel onvoldoende lucht te krijgen?

Nee Ja, namelijk: _____

30. Heeft u chronische of terugkerende hoest?

Nee Ja

31. Heeft u ooit een ingeklapte long gehad?

Nee Ja, in: _____ Behandeling: _____

32. Heeft u ooit een longontsteking gehad?

Nee Ja, in: _____ Behandeling: _____

33. Heeft u ooit tuberculose gehad?

Nee Ja, in: _____ Behandeling: _____

34. Heeft u longcysten?

Nee Ja

35. Heeft u weleens bloed opgehoest?

Nee Ja

36. Heeft u wel eens subcutaan emfyseem (= lucht onder de huid) gehad?

Nee Ja, in: _____ Oorzaak: _____

37. Heeft u ooit acuut reuma gehad?

Nee Ja, in: _____ Behandeling: _____

38. Heeft u ooit onverklaarde koorts gehad?

Nee Ja, in: _____ Behandeling: _____

39. Is u ooit verteld dat u een hartprobleem heeft?

Nee Ja, namelijk: _____

40. Is u ooit verteld dat u een vergroot hart heeft?

Nee Ja, namelijk: _____

41. Heeft u last van een te hoge of te lage bloeddruk?

Nee Ja, namelijk: _____

42. Heeft u ooit angina (pijn op de borst/druk op de borst) gehad?

Nee Ja, namelijk: _____

43. Heeft u ooit een hartaanval gehad?

Nee Ja, namelijk: _____

44. Heeft u ooit last gehad van hartkloppingen of een te snelle hartslag?

Nee Ja

45. Bent u snel vermoeid of kortademig?

Nee Ja

46. Heeft u terugkerend of voortdurend opgezwollen benen?

Nee Ja

47. Is er bij u wel eens een hartfilmpje (ECG) gemaakt?

Nee Ja, (datum + uitslag): _____

48. Heeft u een pacemaker, ICD of ander geïmplantiseerd apparaat?

Nee Ja

49. Heeft u doorbloedingsproblemen of vaatziekten?

- Nee Ja

50. Heeft u last van bloedneuzen, bloedstollingsproblemen of een bloedziekte?

- Nee Ja, namelijk: _____

51. Heeft u een verhoogd cholesterol?

- Nee Ja

52. Heeft u suikerziekte?

- Nee Ja (type en sinds wanneer): _____

53. Heeft u een stofwisselingsziekte? (bijv. problemen van de schildklier?)

- Nee Ja, namelijk: _____

54. Heeft u klachten van de spijsverteringsorganen zoals een maagzweer of darmproblemen?

- Nee Ja, namelijk: _____

55. Heeft u klachten van lever of gal zoals geelzucht of galstenen?

- Nee Ja, namelijk: _____

56. Heeft u klachten van nieren zoals ontstekingen of nierstenen?

- Nee Ja, namelijk: _____

57. Heeft u problemen van andere inwendige organen?

- Nee Ja, namelijk: _____

58. Heeft u ooit last gehad van botten, botbreuken, gewrichtsklachten of artrose?

- Nee Ja, namelijk: _____

59. Heeft u ooit last gehad van rugproblemen of rugverwondingen?

- Nee Ja, namelijk: _____

60. Heeft u gebroken of verschoven wervel?

- Nee Ja, namelijk: _____

61. Heeft u nekklachten?

- Nee Ja, namelijk: _____

62. Heeft u last van armen en/of benen?

- Nee Ja, namelijk: _____

63. Heeft u last van spierkrampen?

- Nee Ja, namelijk: _____

64. Heeft u ooit verlammingen gehad?

- Nee Ja, namelijk: _____

65. Heeft u last van hoofdpijn of migraine?

- Nee Ja, namelijk: _____

66. Heeft u epilepsie of ooit een epileptische aanval, of aanvallen met wegrakingen gehad?

- Nee Ja, namelijk: _____

67. Heeft u ooit last gehad van duizeligheid of flauwvallen?

- Nee Ja, namelijk: _____

68. Heeft u ooit een hersenschudding gehad met bewusteloosheid?

- Nee Ja, namelijk: _____

69. Kunt u voldoende scherp zien?

- Nee Ja

70. Gebruikt u een bril of contactlenzen?

- Nee Ja, namelijk (sterkte): _____

71. Zijn uw gezichtsvelden in orde?

- Nee Ja

72. Draagt u een prothese (bijv. borstprothese of gebit: kroon, kunstgebit)?

- Nee Ja, namelijk: _____

73. Rookt u, of heeft u gerookt?

- Nee Gestopt in _____ Ja, hoeveel en hoe lang? _____

74. Drinkt u alcohol?

- Nee Ja _____

75. Gebruikt u regelmatig slaap- en kalmeringsmiddelen of bepaalde drugs?

- Nee Ja, namelijk: _____

76. Heeft u andere problemen en/of opmerkingen betreffende uw gezondheid?

- Nee Ja, namelijk: _____
- _____

77. Heeft u last van zeeziekte of wagenziekte?

- Nee Ja

78. Komen er in de familie ziekten voor? (bijv. suikerziekte of ziekten van de longen, hart, bloedvaten etc.)

- Nee Ja, namelijk: _____
- _____
- _____

VOOR VROUWEN:

79. Heeft u last van menstruatieproblemen?

- Nee Ja, namelijk: _____

80. Zou u zwanger kunnen zijn?

- Nee Ja

Ondergetekende verklaart hierbij bovenstaande verklaring naar waarheid te hebben ingevuld.

Naam:

Handtekening:

Datum: