MEDISCHE VERKLARING DUIKEN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Burgerservicenummer: | | | |
| Naam: | | | |
| Voornamen: | | | |
| Adres: | | | |
| Postcode en Woonplaats: | | | |
| Geboortedatum: | | | |
| Telefoon privé: | | | |
| Beroep: | | | |
| Andere sporten: | | | |
| Alcoholgebruik? | Ja Nee | Aantal per dag: |  |
| Roken? | Ja Nee | Aantal per dag: |  |
| Medicijngebruik? | Ja Nee | Welke: |  |
|  | | | |
| Allergieën? | Ja Nee | Welke: |  |
| Overgevoeligheid voor medicijnen? | Ja Nee | Welke: |  |

Is er ooit sprake geweest van één van de volgende aandoeningen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Ja | Nee |
| 1 | Eerder voor duiken gekeurd? |  |  |
| 2 | Brildragend? |  |  |
| 3 | Contactlensdragend? |  |  |
| 4 | Oogklachten, klachten met zien? |  |  |
| 5 | Hooikoorts? |  |  |
| 6 | Neusbijholtenontsteking? |  |  |
| 7 | Andere neus- en keelproblemen? |  |  |
| 8 | Gebitsproblemen/plaatjes e.d.? |  |  |
| 9 | Recente tandheelkundige ingreep? |  |  |
| 10 | Doofheid of oorsuizen? |  |  |
| 11 | Loopoor of andere oorinfecties? |  |  |
| 12 | Operaties aan de oren? |  |  |
| 13 | Duizeligheid of onzekerheid? |  |  |
| 14 | Ernstige bewegingsziekte? |  |  |
| 15 | Medicatie voor zeeziekte/wagenziekte? |  |  |
| 16 | Problemen bij vliegen? |  |  |
| 17 | Ernstige of frequente hoofdpijn? |  |  |
| 18 | Migraine? |  |  |
| 19 | Flauwvallen of black-outs? |  |  |
| 20 | Trekkingen, epilepsie? |  |  |
| 21 | Bewusteloosheid? |  |  |
| 22 | Hersenschudding of hoofdletsel? |  |  |
| 23 | Ernstige depressie? |  |  |
| 24 | Claustrofobie? |  |  |
| 25 | Geestesziekte? |  |  |
| 26 | Hartziekte? |  |  |
| 27 | Bloedafwijkingen? |  |  |
| 28 | Hartkloppingen? |  |  |
| 29 | Hoge bloeddruk? |  |  |
| 30 | Kortademigheid (bij inspanning)? |  |  |
|  | | Ja | Nee |
| 31 | Pijn op de borst (bij inspanning)? |  |  |
| 32 | Bronchitis of longontsteking? |  |  |
| 33 | Slijm of bloed opgeven? |  |  |
| 34 | Chronisch of langdurig hoesten? |  |  |
| 35 | Tuberculose? |  |  |
| 36 | Pneumothorax (samengevallen long)? |  |  |
| 37 | Steeds verkouden? |  |  |
| 38 | Astma of piepen op de borst? |  |  |
| 39 | Gebruik van inhalatoren? |  |  |
| 40 | Andere klachten van de borst? |  |  |
| 41 | Operatie aan borst, longen of hart? |  |  |
| 42 | Maagzweren, maagzuur? |  |  |
| 43 | Bloed braken? |  |  |
| 44 | Bloed bij ontlasting/zwarte ontlasting? |  |  |
| 45 | Herhaald braken/diarree? |  |  |
| 46 | Geelzucht, hepatitis, leverziekte? |  |  |
| 47 | Malaria of andere tropische ziekten? |  |  |
| 48 | Ernstig gewichtsverlies? |  |  |
| 49 | Hernia van de rug? |  |  |
| 50 | Groot ongeval met de rug? |  |  |
| 51 | Bewegingsbeperking van de rug? |  |  |
| 52 | Fracturen, gebroken botten? |  |  |
| 53 | Verlamming of spierzwakte? |  |  |
| 54 | Ziekten van nier of blaas? |  |  |
| 55 | Seksueel overdraagbare aandoening? |  |  |
| 56 | Diabetes? |  |  |
| 57 | Bloedziekte of bloederziekte? |  |  |
| 58 | Huidziekten? |  |  |
| 59 | Operaties? |  |  |
| 60 | Ooit in ziekenhuis opgenomen? |  |  |
| 61 | Geweigerd voor levensverzekering? |  |  |
| 62 | Afgekeurd voor een baan e.d.? |  |  |
| 63 | Arbeidsongeschikt? |  |  |
| 64 | Andere ziekten of gebreken? |  |  |
|  | | | |
|  | Komen in de familie voor |  |  |
| 65 | Hart- en vaatziekten? |  |  |
| 66 | Astma of chronische bronchitis? |  |  |
|  | | | |
|  | Voor vrouwen |  |  |
| 67 | Zwanger of bezig zwanger te worden? |  |  |
| 68 | Veel beperkingen tijdens menstruatie? |  |  |
|  | | | |
|  | Duikervaring |  |  |
| 69 | Kunt u zwemmen? |  |  |
| 70 | Ooit problemen tijdens of na zwemmen of duiken? |  |  |
| 71 | Moest u ooit gered worden? |  |  |
| 72 | Snorkelt u regelmatig? |  |  |
| 73 | Eerder scuba-training gehad? |  |  |
| 74 | Hebt u scuba-duikervaring? |  |  |
| 75 | Ooit een decompressieziekte gehad? |  |  |
|  | | | |
| 76 | Jaar van opleiding: | | |
| 77 | Aantal duiken (ongeveer): | | |
| 78 | Maximum diepte ooit: meter | | |
| 79 | Langste duik ooit: minuten | | |

De keurling geeft hierbij toestemming de huisarts te informeren bij afwijkende bevindingen.

Naar waarheid ingevuld, Hoorn Datum:

Handtekening: