



Hippocampus Medicus, keuringen

## Eigen verklaring duikkeuring

Datum: ..... Leeftijd: ..... jaar

Achternaam: ..... Voornaam:.....

Geboortedatum:..... Geslacht: m / v

Adres: ..... Plaats: .....

Beroep:..... E-mail: .....

Scuba diver/ freediver/ vinzwemmen/ anders:.....

Duikt sinds: ..... Totaal aantal duiken: ..... Duiken laatste jaar:.... MDD: ... mtr.

Organisatie: NOB/ PADI/ CMAS/ NAUI/ SSI/ IDD.....Brevet(ten):.....

Duikvereniging : ..... Plaats: .....

Overige sporten : .....

Huisarts (+ woonplaats): .....

---

### Algemeen :

Bent u nu goed gezond en is uw gezondheid over het algemeen goed?  Nee/  ja

Bent u wel eens ernstig ziek geweest/ een operatie ondergaan?  Ja/  nee

Heeft u wel eens een ongeluk gehad/ iets gebroken?  Ja/  nee

Heeft u de afgelopen maand nog een tandartsbehandeling gehad?  Ja/  nee

Bent u wel eens behandeld voor een psychische aandoening?  Ja/  nee

Heeft u last van claustrofobie, slaapstoornissen of slaapwandelen?  Ja/  nee

Heeft u wel eens een duikongeval gehad? Een zwembad black-out?  Ja/  nee

Bent u ooit afgekeurd bij een medische keuring?  Ja/  nee

Rookt u? Zo ja, hoeveel per dag: ..... Gebruikt u alcohol? ..... eenheden / dag

Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke: .....

Hoe schat u uw conditie op dit moment in?  slecht/  matig/  redelijk/  goed

Keel-, neus-, oor- en oogheelkunde:

Bent u ooit behandeld voor oorklachten/ voorhoofdsholte-/ bijholteontsteking?  Ja/  nee  
Heeft u ooit een trommelvliesperforatie gehad?  Ja/  nee Kunt u goed klaren?  Nee/  ja  
Heeft u last (gehad) van doofheid/ oorsuizen  Ja/  nee  
Bent u ergens allergisch voor ? .....  Ja/  nee  
Heeft u wel eens last van wagen-/ zee-/ of luchtziekte?  Ja/  nee  
Heeft u een bril/ lenzen (hard/zacht)?  Ja/  nee Zo ja, aangepaste duikbril?  Ja/  nee

Neurologie:

Heeft u wel eens last van migraine/ zware hoofdpijn?  Ja/  nee  
Heeft u last gehad van toevallen, vallende ziekte/ concentratieverlies?  Ja/  nee  
Heeft u wel eens last (gehad) van evenwichtsstoornissen/ duizeligheid?  Ja/  nee  
Heeft u wel eens last (gehad) van ernstige rugklachten/ nekkklachten?  Ja/  nee

Luchtwegen:

Heeft u last van langdurig hoesten of benauwdheid?  Ja/  nee  
Bent u vaak verkouden? Heeft u regelmatig last van bronchitis?  Ja/  nee  
Heeft u last van astma?  Ja/  nee Inspanningsastma?  Ja/  nee  
Heeft u last van hooikoorts?  Ja/  nee Last van hyperventilatie?  Ja/  nee  
Bent u ooit behandeld voor longproblemen/- longklachten?  Ja/  nee

Hart en bloedvaten:

Heeft u wel eens last van hartkloppingen/ ritmestoornissen?  Ja/  nee  
Heeft u bij inspanning klachten van pijn op de borst of kortademigheid?  Ja/  nee  
Heeft u last van hoge bloeddruk?  Ja/  nee  
Bent u ooit behandeld voor hart- vaatklachten of stollingsstoornissen?  Ja/  nee

Diverse aandoeningen:

Heeft u last van maag-/ darmklachten?  Ja/  nee  
Heeft u suikerziekte?  Ja/  nee  
Heeft u vaak dorst, moet u vaak plassen of heeft u problemen met plassen?  Ja/  nee  
Kunt u goed tegen kou/ warmte?  Nee/  ja  
Heeft u een reumatische aanleg?  Ja/  nee  
Heeft u andere ziektes/ aandoeningen gehad? .....

Voor vrouwen:

Heeft u geregeld last van hevige of erg pijnlijke menstruaties?  Ja/  nee  
Wat was de 1<sup>ste</sup> dag van uw laatste menstruatie? .....

Gebruikt u anticonceptiemiddelen: pil/ spiraaltje/ anders: .....

Geeft u, indien nodig, toestemming voor het opvragen van medische gegevens?  Ja/  nee

**Ik verklaar dat bovenstaande informatie compleet is en naar waarheid ingevuld.**

Handtekening:

Datum:

versie 14/03