



Hippocampus Medicus, keuringen

## Eigen verklaring duikkeuring kind tot 14 jaar

Datum: ..... Leeftijd: ..... jaar  
Achternaam: ..... Voornaam:.....  
Geboortedatum:..... Geslacht: m / v  
Adres: ..... Plaats: .....  
School/ groep:..... E-mail: .....  
Welke zwemdiploma's heb je:.....  
Duikt sinds: ..... Totaal aantal duiken: ..... Duiken laatste jaar:.... MDD: .....mtr.  
Organisatie: NOB/ PADI/ CMAS/ NAUI/ SSI..... Brevet(ten):.....  
Duikvereniging : ..... Plaats: .....  
Welke sporten doe je en hoe vaak : .....  
Huisarts (+ woonplaats): .....

---

### Algemeen :

Ben je nu goed gezond en is je gezondheid over het algemeen goed?  Ja/  nee

Ben je wel eens erg ziek geweest/ in ziekenhuis/ een operatie gehad?  Ja/  nee

Heb je wel eens een ongeluk gehad of iets gebroken?  Ja/  nee

Heb je de afgelopen maand nog een tandartsbehandeling gehad?  Ja/  nee

Ben je wel eens behandeld voor een psychische aandoening?  Ja/  nee

Zo ja, welke:

Durf je in een lift  Ja/  nee

Slaap je slecht of slaapwandelen je?  Ja/  nee

Heb je wel eens een duikongeval gehad of zwembad black-out?  Ja/  nee

Heb je eerder een medische keuring gehad?  Ja/  nee

Rook je/ blow je? Zo ja, hoeveel per dag: ..... Gebruik je alcohol? .....

Gebruik je medicijnen? Zo ja, welke: .....

Waarom wil je duiken?.....

Keel-, neus- oor- en oogheelkunde:

Ben je ooit behandeld voor oorklachten/ voorhoofdsholte-/ bijholteontsteking?  Ja/  nee

Heb je ooit een trommelvliesgat/- buisjes gehad?  Ja/  nee Kunt je klaren?  Ja/  nee

Heb je last van doofheid/ oorsuizen  Ja/  nee

Ben je ergens allergisch voor ? .....  Ja/  nee

Heb je last van wagen-/ zee-/ of luchtziekte?  Ja/  nee

Heb je een bril/ lenzen (hard/zacht) ? Sterkte rechts:... .. links .....

Neurologie:

Heb je wel eens last van migraine/ zware hoofdpijn?  Ja/  nee

Heb je epileptie of concentratieverlies?  Ja/  nee

Heb je last (gehad) van evenwichtsstoornissen of duizeligheid?  Ja/  nee

Luchtwegen:

Ben je vaak verkouden? Vaker dan de mensen om je heen?  Ja/  nee

Heb je last van astma?  Ja/  nee                      Inspanningsastma?  Ja/  nee

Heb je last van hooikoorts?  Ja/  nee                      Last van hyperventilatie?  Ja/  nee

Hart en bloedvaten:

Ben je ooit behandeld voor hart- vaatklachten of stollingsstoornissen?  Ja/  nee

Andere ziektes:

Heb je vaak last van maag-/ darmklachten?  Ja/  nee

Heb je suikerziekte? Hoe lang al?  Ja/  nee

Heb je wel eens blaasontsteking gehad?  Ja/  nee

Kunt u goed tegen kou/ warmte?  Ja/  nee

Kun je goed luisteren, je goed concentreren?

Heb je andere ziektes/ aandoeningen gehad? .....

Hoe is je conditie op dit moment?  slecht/  matig/  redelijk/  goed

Voor meisjes:

Wat was de 1<sup>ste</sup> dag van uw laatste menstruatie? .....

Gebruikt u anticonceptiegebruik: 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: