



Hippocampus Medicus, keuringen

## Eigen verklaring duikkeuring

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Leeftijd:** \_\_\_\_\_

**Achternaam:** \_\_\_\_\_ **Voornaam:** \_\_\_\_\_

**Geboortedatum:** \_\_\_\_\_ **Geslacht:** \_\_\_\_\_

**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     \_\_\_\_\_

**Brevet(ten):** \_\_\_\_\_

**Duikvereniging :** \_\_\_\_\_ **Plaats:** \_\_\_\_\_

**Overige sporten :** \_\_\_\_\_

**Huisarts (+ woonplaats):** \_\_\_\_\_

---

### **Algemeen :**

**Ja    Nee**

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

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

Heeft u wel eens een ongeluk gehad/ iets gebroken?       

Heeft u de afgelopen maand nog een tandartsbehandeling gehad?       

Bent u wel eens behandeld voor een psychische aandoening?       

Heeft u last van claustrofobie, slaapstoornissen of slaapwandelen?       

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

Bent u ooit afgekeurd bij een medische keuring?       

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:**

	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
Bent u ooit behandeld voor oorklachten/ voorhoofdsholte-/ bijholteontsteking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u ooit een trommelvliesperforatie gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u goed klaren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last (gehad) van doofheid/ oorsuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u ergens allergisch voor ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens last van wagen-/ zee-/ of luchtziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een <input type="checkbox"/> Bril/ <input type="checkbox"/> Lenzen ( <input type="checkbox"/> hard/ <input type="checkbox"/> zacht)? Sterkte Rechts _____ Links _____		

**Neurologie:**

Heeft u wel eens last van migraine/ zware hoofdpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last gehad van toevallen, vallende ziekte/ concentratieverlies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens last (gehad) van evenwichtsstoornissen/ duizeligheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens last (gehad) van ernstige rugklachten/ nekklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Luchtwegen:**

Heeft u last van langdurig hoesten of benauwdheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u vaak verkouden? Heeft u regelmatig last van bronchitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van astma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inspanningsastma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van hooikoorts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Last van hyperventilatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u ooit behandeld voor longproblemen/- longklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hart en bloedvaten:**

Heeft u wel eens last van hartkloppingen/ ritmestoornissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u bij inspanning klachten van pijn op de borst of kortademigheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u ooit behandeld voor hart- vaatklachten of stollingsstoornissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Aandoeningen:**

Heeft u last van maag-/ darmklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u suikerziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u vaak dorst, moet u vaak plassen of heeft u problemen met plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u goed tegen kou/ warmte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een reumatische aanleg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u andere ziektes/ aandoeningen gehad? _____		

**Voor vrouwen:**

Wat was de 1 <sup>ste</sup> dag van uw laatste menstruatie? _____		
Heeft u geregeld last van hevige of erg pijnlijke menstruaties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruikt u anticonceptiegebruik: <input type="checkbox"/> pil/ <input type="checkbox"/> spiraaltje/ <input type="checkbox"/> anders: _____		
Geeft u, indien nodig, toestemming voor het opvragen van medische gegevens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Handtekening:

Datum: