



MEDISCHE VERKLARING / MEDICAL STATEMENT

(Deze gegevens worden vertrouwelijk behandeld)

Deze pagina moet door de keuringsarts worden ingevuld.

Informatie aan de arts:

Deze persoon wil de duiksport gaan beoefenen. Bij het sportduiken wordt gebruik gemaakt van een persluchtuitrusting (duikuitrusting). Tijdens het duiken staat de duiker bloot aan een wisselende omgevingsdruk. Er zijn ook een aantal andere factoren die de duiker ongewoon belasten (stress, psychische druk en spanningen). Punten die bij de keuring om extra aandacht vragen zijn:

- 1) Oren en sinussen (moeten drukverschillen en klaren daarvan toe laten)
- 2) Ademhalingswegen (moeten vrij zijn van zwakke plekken en ziekten).
- 3) Hartfunctie (moet vrij zijn van defecten).
- 4) Lichamelijke fitheid (duiken vereist lichamelijke inspanning).
- 5) Emotionele en psychologische stabiliteit (duiken kan spanning met zich meebrengen).

VERKLARING VAN DE ARTS

Op grond van het lichamelijk onderzoek en de controle van de medische geschiedenis (zie o.a. de voorzijde van dit formulier) verklaar ik dat deze persoon,

- Geen afwijkingen heeft die ik strijdig acht met de duiksport (GOEDGEKEURD).
- Afwijkingen heeft die ik strijdig acht met de duiksport (AFGEKEURD).

(aankruisen wat juist is)

Arts: Naam :

Adres :

Tel :

Datum van de keuring:

Handtekening en stempel van de keurings arts:



MEDISCHE VERKLARING / MEDICAL STATEMENT

Persoonlijke gegevens:

Naam:

Adres:

Postcode : Plaats:

Geb.Datum: Tel:

MEDISCHE GESCHIEDENIS / MEDICAL HISTORY

(Deze gegevens worden vertrouwelijk behandeld)

Deze pagina moet worden ingevuld door persoon die gekeurd dient te worden. Kruis uit onderstaande lust aan welke punten op U van toepassing zijn.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ik gebruik momenteel medicijnen | <input type="checkbox"/> Ik heb vaak hoofdpijn of migraine |
| <input type="checkbox"/> Ik heb ademhalingsmoeilijkheden gehad | <input type="checkbox"/> Ik heb een verwonding aan hoofd of rug gehad |
| <input type="checkbox"/> Ik ben diabetes | <input type="checkbox"/> Ik heb decompressieziekten, of een andere ziekte die met duiken in verband staat, gehad |
| <input type="checkbox"/> Ik heb last van epilepsie | <input type="checkbox"/> Ik heb vaak last van hooikoorts / een andere allergie / verkoudheid / angina of bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Ik heb vaak aanvallen van duizeligheid / flauwvallen / of black-outs | <input type="checkbox"/> Ik heb vaak een te hoge bloeddruk |
| <input type="checkbox"/> Ik heb problemen met mijn hart gehad (Ziekte van hart / hartaanval) | <input type="checkbox"/> Ik heb een bloedziekte |
| <input type="checkbox"/> Ik heb recent problemen met mijn oren gehad (oorontsteking / last van oorsuizingen als ik koude lucht inadem of mij inspan / geopereerd aan een oor, buisjes, prothese) | <input type="checkbox"/> Ik heb hernia |
| <input type="checkbox"/> Ik ben recent geopereerd | <input type="checkbox"/> Ik heb problemen met het klaren van oren en of sinussen |
| <input type="checkbox"/> Ik ben zwanger | <input type="checkbox"/> Ik heb last van of problemen met mijn luchtholtes |
| <input type="checkbox"/> Ik heb astma / emfyseem of tuberculose gehad | <input type="checkbox"/> Ik heb een ingeklapte long gehad (pneumothorax) |
| <input type="checkbox"/> Ik heb claustrofobie | <input type="checkbox"/> Ik heb een chronische ziekte of ben onder behandeling van een arts |
| <input type="checkbox"/> Ik rook veel / gebruik veel alcohol of gebruik drugs | <input type="checkbox"/> Geen van allen |
| <input type="checkbox"/> Ik heb een afwijking aan mijn zenuwstelsel | |

Hierbij verklaart (naam) dat het bovenstaande naar waarheid is ingevuld.

Datum:

Handtekening:

.....

.....