

Duikkeuring

Naam:

Adres:

Geb. Datum:

Bij deze keuring is het belangrijk om te weten of en zo ja welke eerdere ziektes ,ongevallen of ander voor de gezondheid belangrijke dingen u heeft meegemaakt. Indien u dit niet mededeelt aan de keurende arts neemt u risico's en brengt u andere duikers in gevaar. Dit is volledig uw verantwoordelijkheid.

Wilt u de hieronder staande lijst doornemen en antwoorden met ja/nee omcirkelen. Voor de duidelijkheid; indien op een of meer van de vragen positief geantwoord wordt betekent dit geenszins dat u afgekeurd wordt. Het biedt u en de keurend arts wel de mogelijkheid om preventief over eventuele risico's en maatregelen te praten.

Bent u ooit eerder (sport) medisch gekeurd? ja/nee
Zo ja waar; ja/nee

Ooit afgekeurd? ja/nee

Heeft u duikervaring (zo ja welke)? ja/nee

Anamnese en controleformulier m.b.t. medische geschiktheid voor recreatie duiken

1. Heeft u ooit epilepsie gehad of aanvallen? ja/nee
2. Heeft u last van duizeligheid of flauwvallen? ja/nee
3. Bent u ooit verslaafd geweest aan medicijnen of drugs? ja/nee
4. Heeft u suikerziekte en zo ja, in welke vorm? ja/nee
5. Heeft u last van zeeziekten? ja/nee
6. Heeft u wel eens last van paniekaanvallen in afgesloten ruimten? ja/nee
7. Heeft u ooit wel eens een ernstige zenuwtoeval gehad of bent u wel eens overspannen geweest? ja/nee
8. Bent u zwanger? ja/nee
9. Heeft u last van menstruatieproblemen? ja/nee
10. Heeft u last van angst- of hyperventilatieaanvallen? ja/nee
11. Heeft u regelmatig last van een nerveuze maag of de neiging om over te geven? ja/nee
12. Bent u ooit geopereerd en zo ja, waarvoor? ja/nee
13. Bent u momenteel onder behandeling van een arts? ja/nee
14. Gebruikt u medicijnen? ja/nee
Zo ja, welke.....
15. Bent u ooit afgewezen voor het uitoefenen van bepaalde sporten? ja/nee
16. Heeft u regelmatig last van ernstige hoofdpijn? ja/nee

17. Draagt u een tandprothese? ja/nee
18. Draagt u een bril of contactlenzen? ja/nee
19. Heeft u een bloedziekte? ja/nee
20. Heeft u wel eens alcoholproblemen gehad? ja/nee
21. Heeft u wel eens duikproblemen gehad? ja/nee
22. Heeft u last van emotionele problemen? ja/nee
23. Gebruikt u kalmerende middelen? ja/nee
24. Heeft u wel eens een geperforeerd trommelvlies gehad? ja/nee
25. Heeft u last van hooikoorts? ja/nee
26. Heeft u regelmatig last van voorhoofdsholteproblemen of een loopneus? ja/nee
27. Heeft u regelmatig last van oorpijn? ja/nee
28. Heeft u last van looporen? ja/nee
29. Heeft u moeilijkheden met uw oren in vliegtuigen of in de bergen? ja/nee
30. Heeft u een ooroperatie ondergaan? ja/nee
31. Heeft u last van oorsuizing? ja/nee
32. Heeft u regelmatig last van duizeligheid? ja/nee
33. Heeft u gehoorproblemen? ja/nee
34. Heeft u problemen met klaren, in een vliegtuig of op hoogtes of tijdens het duiken moeite om de druk in uw oren gelijk te maken met omgevingsdruk? ja/nee
35. Heeft u ooit astma gehad? ja/nee
36. Heeft u het wel eens benauwdheid of het gevoel niet voldoende lucht te krijgen? ja/nee
37. Heeft u een chronische of terugkerende hoest? ja/nee
38. Hoest u regelmatig speeksel op? ja/nee
39. Heeft u ooit longproblemen gehad? ja/nee
40. Heeft u ooit een ingeklapte long gehad? ja/nee
41. Heeft u longcysten? ja/nee
42. Heeft u ooit longontsteking gehad? ja/nee
43. Heeft u ooit tuberculose gehad? ja/nee
44. Bent u meer kortademig dan de meeste mensen? ja/nee
45. Is u ooit verteld dat u longproblemen of andere afwijkingen heeft? ja/nee
46. Spuugt u wel eens bloed? ja/nee
47. Heeft u wel eens ademhalingsmoeilijkheden na het eten van bepaald voedsel of na blootstelling aan bepaalde pollen of dieren? ja/nee
48. Bent u bekend met bronchitis? ja/nee
49. Heeft u wel eens subcutaan emfyseem gehad (lucht onder de huid)? ja/nee
50. Heeft u ooit luchtembolie gehad na het duiken? ja/nee
51. Heeft u ooit reumatische koorts gehad? ja/nee
52. Heeft u ooit onverklaarbare koorts gehad? ja/nee
53. Is u ooit verteld dat u een hart probleem heeft? ja/nee
54. Is u ooit verteld dat u een vergroot hart heeft? ja/nee
55. Heeft u ooit hoge bloeddruk gehad? ja/nee
56. Heeft u ooit angina/hartklachten gehad (pijn bij/op het hart of druk op de borst)? ja/nee

57. Heeft u ooit een hartaanval gehad? ja/nee
58. Heeft u wel eens last van een lage bloeddruk? ja/nee
59. Heeft u terugkerende of voortdurend opgezwollen benen? ja/nee
60. Heeft u ooit last gehad van hartkloppingen, of te snelle hartslag? ja/nee
61. Heeft u ooit last gehad van duizeligheid of flauwvallen? ja/nee
62. Bent u snel vermoeid of kortademig? ja/nee
-
63. Is u ooit verteld dat u een afwijkend ECG had? ja/nee
64. Heeft u last van gewrichtsklachten of artritis? ja/nee
65. Heeft u ooit last gehad van rugproblemen of rugverwondingen? ja/nee
66. Heeft u een gebroken of verschoven wervel? ja/nee
67. Heeft u last van enige lichamelijke beperkingen? ja/nee
-
68. Heeft u last van spierkrampen? ja/nee
69. Heeft u enige amputaties ondergaan? ja/nee
70. Heeft u ooit een hoofdverwonding gehad bewusteloosheid veroorzakend? ja/nee
71. Heeft u ooit verlammingen gehad? ja/nee
72. Heeft u ooit een verkeerde reactie op medicijnen gehad? ja/nee
73. Rookt u? ja/nee
74. Als u enige andere medische problemen heeft gehad die niet in deze lijst zijn genoemd, wilt u deze dan hieronder vermelden.

.....
.....

Dit gedeelte wordt door de keurend arts ingevuld.

Datum:

Naam:

Geb. Datum:

Onderzoek:

Lengte:.....cm

Gewicht:.....kg

Longen:

Longvolume:

Vitale Capaciteit.....Liter

Geforceerd Volume /1 seconde.....Liter

Oor inspectie:

Uitwendige gehoorgang: li:..... re:.....

Bewegen trommelvlies (Valsalva): li:..... re:.....

Algemeen:

Pols:.....

Bloeddruk:.....

Oriënterend onderzoek:

Neurologisch:.....

Motorisch:.....

Sensibiliteit:.....

Reflexen:.....

Coördinatie:.....

Overwegingen;.....

.....

.....

.....

.....

