

Formulier duikkeuring

Datum keuring: __ - __ - ____

Naam: _____ Voornaam: _____

Geboortedatum: __ - __ - ____ BSN: _____

Adres: _____ Woonplaats: _____

Ziekteverzekeraar: _____

Duikclub of organisatie: _____

Vink aan wat van toepassing is:

- Scuba diver
- Techdiver/freediver
- Snorkelaar

Duikt sinds: __ - __ - ____

totaal aantal duiken: ____

Aantal duiken laatste jaar: ____

Duikbrevet: (vink aan wat van toepassing is)

- PADI open water
- Advanced
- Rescue
- Master
- Instructeur

NOB / CMAS 1 / 2 / 3 / 4 ster / instructeur

Duik gerelateerde ongevallen:

Overige sportbeoefeningen:

Medische vragen bij sportduikkeuring (gaarne omcirkelen wat van toepassing is)

- Is dit uw eerste keuring voor sportduiken? Ja Nee

- Zo nee, wanneer was de laatste keuring? ___ - ___ - ____

- Bent u sinds de laatste keuring:
 - Onder medische behandeling geweest? Ja Nee
 - En/of ziekenhuisopname gehad? Ja Nee
 - Operatie ondergaan? Ja Nee
 - (Wijzigingen) medicatie gekregen? Ja Nee
 - Zo ja welke? _____

- Zou u zwanger kunnen zijn? Ja Nee

- Neemt u momenteel medicijnen? Ja Nee
 Zo ja welke? _____

- Rookt u? Ja Nee
 - Sinds: ___ - ___ - ____
 - aantal per dag: ____

- Draagt u een bril of lenzen? Ja Nee

- Hebt u problemen of hebt u een kunstgebit Ja Nee

- Heeft u een verhoogd cholesterol in het bloed? Ja Nee

- Komen er hartaanvallen en/of beroertes in uw familie voor? Ja Nee

- Bent u op dit moment onder medische behandeling? Ja Nee

- Hebt u klachten bij lichamelijke inspanning? Ja Nee

Zo ja, welke?

Heeft u ooit last gehad of heeft u momenteel last van

(gaarne omcirkelen wat van toepassing is)

- | | | |
|--|----|-----|
| • Astma, piepen bij het ademen, piepen bij/na inspanning? | Ja | Nee |
| • Regelmatige of ernstige aanvallen van hooikoorts of een allergie? | Ja | Nee |
| • Regelmatig verkouden, bijholteontsteking of bronchitis? | Ja | Nee |
| • Enige vorm van een longziekte? Ja Nee • Pneumothorax (klaplong)? | Ja | Nee |
| • Andere aandoening aan de borstkas of operatie aan de borstkas? | Ja | Nee |
| • Gedragsstoornissen, geestelijke of psychologische problemen? | Ja | Nee |
| ○ Paniekaanvallen, engte- of ruimtevrees? | Ja | Nee |
| Zo ja welke? _____ | | |
| • Epilepsie, toevallen, stuiptrekkingen of neemt u medicijnen hiertegen? | Ja | Nee |
| • Regelmatig terugkerende migraine of medicijnen hiertegen? | Ja | Nee |
| • Ernstig hoofdletsel, hersenschudding? | Ja | Nee |
| • Suikerziekte? | Ja | Nee |
| • Black outs of flauwvallen, bewustzijnsverlies? | Ja | Nee |
| • Regelmatig of ernstig last van zee- of wagenziekte? | Ja | Nee |
| • Uitdroging of dysenterie waarvoor medische behandeling nodig is? | Ja | Nee |
| • Enige vorm van duikongevallen of decompressieziekte? | Ja | Nee |
| • Terugkerende hernia/rugklachten/operatie , verwonding of breuk? | Ja | Nee |
| • Hoge bloeddruk of medicatie tegen de hoge bloeddruk? | Ja | Nee |
| • Enige hartziekte of hartaanval? | Ja | Nee |
| • Operatie aan de bloedvaten of aan het hart? | Ja | Nee |
| • Ooraandoening of operatie, gehoorverlies of evenwichtsproblemen? | Ja | Nee |
| • Regelmatig terugkerende oorproblemen of ontstekingen? | Ja | Nee |
| • Bloedingen of andere bloedaandoeningen? Bloedstollingsproblematiek | Ja | Nee |
| • Maagzweer of maagzweeroperatie? | Ja | Nee |
| • Gebruik verdovende middelen/ alcohol of een behandeling daarvoor? | Ja | Nee |

Dit formulier is door mij naar waarheid ingevuld.

Datum: __ - __ - ____

Handtekening: _____

Naam: _____

geboortedatum: __ - __ - ____

Medische duikkeuring

Naam: _____
Geboortedatum: ___ - ___ - ____
Datum keuring: ___ - ___ - ____

Anamnese

Lichamelijk onderzoek

Cor:

Pulmo:

RR: ___ / ___ mmHg
Lengte: ___ cm
Gewicht: ___ kg

Gericht lichamelijk onderzoek:

Oriënterend neurologisch onderzoek:

KNO:

Inspanningstest:

200 meter snorkelen/zwemmen: __ minuten

5 min stappentest: ____ stappen

Spirometrie:

FVC:

FEV1:

FEV1/FVC:

Resultaat: (vink aan wat van toepassing is)

- Goedgekeurd
- Goedgekeurd onder voorwaarden
- Afgekeurd

Datum keuring: ___ - ___ - ____

Keuring geldig tot: ___ - ___ - ____

Handtekening arts: _____