

Registratienummer:

Naam	
Voornamen	
Adres	
Postcode/Woonplaats	
Geboortedatum	
Telefoon vast	
Telefoon mobiel	

Beroep	
Andere sporten	

Alcoholgebruik	Ja	Nee	Aantal per dag	
Roken	Ja	Nee	Aantal per dag	
Medicijngebruik	Ja	Nee	Welke	
Allergieën	Ja	Nee	Welke	
Overgevoeligheid voor medicijnen	Ja	Nee	Welke	

Vindt u het goed dat uw huisarts een bericht over de keuring krijgt

Ja / Nee

Naar waarheid ingevuld,

Datum

Handtekening

..... - 20

.....

1	Eerder voor duiken gekeurd?	ja	nee
2	Bril dragend?	ja	nee
3	Contactlens dragend?	ja	nee
4	Oogklachten, klachten met zien?	ja	nee
5	Hooikoorts?	ja	nee
6	Neusbijholteontsteking?	ja	nee
7	Andere neus- en keelproblemen?	ja	nee
8	Gebitsproblemen e.d.?	ja	nee
9	Recente tandheelkundige ingreep?	ja	nee
10	Doofheid of oorsuizen?	ja	nee
11	Loopoor of andere oorinfecties?	ja	nee
12	Operaties aan de oren?	ja	nee
13	Duizeligheid of onzekerheid?	ja	nee
14	Ernstige bewegingsziekte?	ja	nee
15	Medicatie voor zeeziekte/wagenziekte?	ja	nee
16	Problemen bij vliegen?	ja	nee
17	Ernstige of frequente hoofdpijn?	ja	nee
18	Migraine?	ja	nee
19	Flauwvallen of black-outs?	ja	nee
20	Trekkingen, epilepsie?	ja	nee
21	Bewusteloosheid?	ja	nee
22	Hersenschudding of hoofdletsel?	ja	nee
23	Ernstige depressie?	ja	nee
24	Claustrofobie?	ja	nee
25	Geestesziekte?	ja	nee
26	Hartziekte?	ja	nee
27	Bloedafwijkingen?	ja	nee
28	Hartkloppingen?	ja	nee
29	Hoge bloeddruk?	ja	nee
30	Kortademigheid (bij inspanning)?	ja	nee
31	Pijn op de borst (bij inspanning)?	ja	nee
32	Bronchitis of longontsteking?	ja	nee
33	Slijm of bloed opgeven?	ja	nee
34	Chronisch of langdurig hoesten?	ja	nee
35	Tuberculose?	ja	nee
36	Pneumothorax (samengevallen long)?	ja	nee
37	Steeds verkouden?	ja	nee
39	Gebruik van inhalatoren?	ja	nee
40	Andere klachten van de borst	ja	nee
42	Maagzweren, maagzuur?	ja	nee

43	Bloed braken?	ja	nee
44	Bloed bij ontlasting/zwarte ontlasting?	ja	nee
45	Herhaald braken/diarree?	ja	nee
46	Geelzucht, hepatitis, leverziekte?	ja	nee
47	Malaria of andere tropische ziekten?	ja	nee
48	Ernstig gewichtsverlies?	ja	nee
49	Hernia van de rug?	ja	nee
50	Groot ongeval met de rug?	ja	nee
51	Bewegingsbeperking van de rug?	ja	nee
52	Fracturen, gebroken botten?	ja	nee
53	Verlamming of spierzwakte?	ja	nee
54	Ziekte van de nier of blaas?	ja	nee
55	Seksueel overdraagbare aandoening?	ja	nee
56	Diabetes?	ja	nee
57	Bloedziekte of bloederziekte?	ja	nee
58	Huidziekten?	ja	nee
59	Operaties?	ja	nee
60	Ooit in een ziekenhuis opgenomen?	ja	nee
61	Geweigerd voor levensverzekering?	ja	nee
62	Afgekeurd voor een baan e.d.?	ja	nee
63	Arbeidsongeschikt?	ja	nee
64	Andere ziekten of gebruiken?	ja	nee
	Komen in de familie voor		
65	Hart- en vaatziekten?	ja	nee
66	Astma of chronische bronchitis?	ja	nee
	Voor vrouwen	ja	nee
67	Zwanger of bezig zwanger te worden?	ja	nee
68	Veel beperkingen tijdens menstruatie?	ja	nee
	Duikervaring	ja	nee
69	Kunt u zwemmen?	ja	nee
70	Ooit problemen gehad tijdens of na zwemmen of duiken	ja	nee
72	Moest u ooit gered worden?	ja	nee
73	Snorkelt u regelmatig?	ja	nee
74	Eerder scuba-training gehad?	ja	nee
75	Hebt u scuba-duikervaring?	ja	nee
76	Ooit een decompressieziekte gehad?	ja	nee
77	Aantal duiken (ongeveer):	ja	nee
78	Maximum diepte ooit: meter		
79	Langste duik ooit: minuten		