

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

### Vragenlijst

#### Duikervaring

Welk brevet heeft u?	
Hoeveel duiken heeft u gedaan? Tot welke diepte duikt u? Wat is uw duikprofiel?	
Heeft u ooit klachten na het duiken of duikincidenten gehad?	

#### Algemeen

Bent u ooit onder medische controle of behandeling geweest? Bent u ooit geopereerd?	
Bent u momenteel onder medische controle of behandeling?	
Gebruikt u medicijnen/drugs?	
Rookt u?	
Gebruikt u alcohol?	
Heeft u last van allergieën?	
Komen er hart- en vaatziektes voor in de familie?	
Doet u iets aan lichamelijke beweging? Zo ja, hoe vaak (aantal uren per week)?	
Bent u in staat om een gemiddelde inspanning te leveren (bijv. 1600 meter lopen binnen 12 minuten of 200 meter zwemmen in 5 minuten)?	

## Klachten

Bent u regelmatig verkouden?	
Heeft u regelmatig pijn op het voorhoofd, op de bovenzakken of achter de ogen?	
Heeft u regelmatig moeite om de oren te klaren tijdens het duiken?	
Heeft u regelmatig last van oorpijn?	
Heeft u last van looporen?	
Heeft u last van oorsuizen?	
Heeft u gehoorproblemen?	
Heeft u regelmatig last van draaiduizeligheid?	
Heeft u last van bewegingsziektes?	
Heeft u last van uw gebit? Draagt u een tandprothese?	
Heeft u klachten met zien? Draagt u een bril of contactlenzen?	
Heeft u wel eens pijn of druk op de borst bijvoorbeeld tijdens de inspanning?	
Heeft u wel eens last van hartkloppingen en daarbij plotseling duizeligheid en neiging tot flauwvallen?	
Heeft u regelmatig last van kortademigheid bij de inspanning?	
Heeft u wel eens piepende ademhaling na blootstelling aan bepaalde pollen of dieren of na inspanning?	
Heeft u regelmatig last van hoesten?	
Moet u wel eens gekleurd slijm of bloed ophoesten?	

Heeft u een zwelling bij de buik of de liezen? Heeft u daar pijn bij hoesten, tillen of persen?	
Heeft u recent pijn in uw zij, uitstralend naar de lies, of in de rechter bovenbuik gehad?	
Heeft u in toenemende mate last van vermoeidheid?	
Heeft u regelmatig last van ernstige hoofdpijn?	
Heeft u in toenemende mate last van spierzwakte of gevoelsverlies?	
Heeft u last van paniekaanvallen in afgesloten ruimten?	
Heeft u last van angstaanvallen?	
Heeft u regelmatig sombere gedachten? Kunt u zich goed concentreren? Hoe is uw slaappatroon?	
Heeft u regelmatig klachten van uw bewegingsapparaat (nekkklachten, rugklachten etc.)?	
Heeft u last van enige lichamelijke beperkingen?	
Alleen voor vrouwen: bent u zwanger?	

**Overig**

Als u enige andere medische problemen heeft gehad die niet in deze lijst zijn genoemd, wilt u deze dan hier vermelden.	
--	--

**Datum:**

**Handtekening:**