

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: