

Keuringsformulier ten behoeve van gecertificeerde (sport) duikerartsen

| | | | |
|---------------|--|----------------|--|
| Naam | | voornaam | |
| Geboortedatum | | geslacht | |
| Adres | | Postcode | |
| Woonplaats | | Telefoonnummer | |
| beroep | | Email adres | |

| | | | |
|-------------------------|------|-------------------------------|--|
| Duikclub of organisatie | PADI | | |
| Scuba duiker | | Free diving | |
| Duikt sinds | | Totaal aantal gemaakte duiken | |
| | | | |
| Overige sportbeoefening | | | |

In te vullen door arts:

Datum keuring:

Check op duikbrevet:

Check identificatie:

naam Duikerarts MED Drs. YM Nooijen, MED

adres Medisch Centrum Onderbanken Age Water 20 6451CD Schinveld

telefoon 045 5256565

emailadres Duikkeuringschinveld@ezorg.nl

| Algemeen | | |
|---------------------|--|--------|
| 1 | Bent u thans gezond en is uw gezondheid gewoonlijk goed? | ja/nee |
| 2 | Bent u op dit moment (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt? | ja/nee |
| 3 | Welke operaties hebt u doorgemaakt in uw leven? | |
| 4 | Hebt u een kwaadaardige aandoening (gehad)? | ja/nee |
| 5 | Hebt u op dit moment een besmettelijke ziekte of wordt u daarvoor behandeld? | ja/nee |
| 6 | Hebt u ooit chemotherapie (bleomycine!) gehad of hebt u radiotherapie gehad? | ja/nee |
| 7 | Bent u ooit afgekeurd bij een medische keuring? | ja/nee |
| 8 | Hebt u wel eens een duikongeval gehad? | ja/nee |
| 9 | Hebt u wel eens een hyperbare tankbehandeling gehad? | ja/nee |
| | Zo ja waarom was dat | |
| 10 | Hebt u wel eens een decompressieziekte gehad? | ja/nee |
| | Zo ja in welke hyperbare tank bent u behandeld? | |
| 11 | Geeft u toestemming om medische gegevens hierover op te vragen? | Ja/nee |
| | *OPMERKINGEN * | |
| KNO EN OOGHEELKUNDE | | |
| 1 | Vindt u uw gehoor goed? | ja/nee |
| | Bent u slechthorend of doof aan een oor? | ja/nee |
| 2 | Hebt u wel eens een trommelvliesperforatie gehad? | ja/nee |
| 3 | Hebt u vaak last van oorsqueeze met duiken? | ja/nee |
| 4 | Hebt u wel eens neusbijholteontstekingen gehad | ja/nee |
| 5 | Bent u allergisch? | ja/nee |
| 6 | Hebt u pijn in uw oren tijdens vliegen? | ja/nee |
| 7 | Kunt u goed klaren? | ja/nee |
| 8 | Hebt u vroeger buisjes in de oren gehad | ja/nee |
| 9 | Bent u vaak duizelig | ja/nee |
| | Hebt u M. Ménière | Ja/nee |
| 10 | Hebt u vaak last van voorhoofdsholte ontsteking | ja/nee |
| 11 | kunt u snel afdalen tijdens het duiken of neemt u daar de tijd voor | |
| 12 | Wat is uw gezichtssterkte? | |
| 13 | Hebt u lenzen of een bril | ja/nee |
| 14 | Laat u de sterkte van uw glazen regelmatig controleren? | ja/nee |
| 15 | gebruikt u medicatie voor uw oren, neusbijholten(sinussen) of ogen | ja/nee |
| 16 | Wie is uw KNO arts en geeft u toestemming voor overleg? | Ja/nee |
| | OPMERKINGEN | |

| NEUROLOGIE | | |
|-------------|---|--------|
| 1 | Hebt u wel eens last van: | |
| | Migraine? | ja/nee |
| | Frequente hoofdpijn? | ja/nee |
| | Braken, dubbelzien? | ja/nee |
| | Flauwvallen? | ja/nee |
| | Duizeligheid? | ja/nee |
| | Zeeziekte?/ reisziekte? | ja/nee |
| | Epilepsie?/ convulsies? | ja/nee |
| 2 | Hebt u wel eens een hersenschudding (commotio cerebri) gehad? | ja/nee |
| 3 | Hebt u wel eens een hoofdverwonding gehad? | ja/nee |
| 4 | Hebt u wel eens een TIA of CVA gehad? | ja/nee |
| 5 | Hebt u wel eens een zwembad black-out gekregen? | ja/nee |
| 6 | Hebt u wel eens evenwichtsstoornissen? | ja/nee |
| 7 | Is uw spraak veranderd de laatste tijd? | ja/nee |
| 8 | Hebt u moeite met lopen? | ja/nee |
| 9 | Ruikt u normaal? | ja/nee |
| 10 | Is uw slaap patroon normaal? | ja/nee |
| 11 | Hebt u vaak rugklachten of heeft u een HNP gehad? | ja/nee |
| 12 | Hebt u een rug verwonding gehad? | ja/nee |
| 13 | Hebt u multipale sclerose? | ja/nee |
| 14 | Hebt u andere neurologische ziekten of ziekten gepaard gaand met spierzwakte? | ja/nee |
| 15 | Gebruikt u medicijnen voor neurologische afwijkingen | ja/nee |
| 16 | Wie is uw neuroloog en geeft u toestemming om gegevens op te vragen? | Ja/nee |
| OPMERKINGEN | | |
| LUCHTWEGEN | | |
| 1 | Hebt u wel eens last van: | |
| | Hoesten? | ja/nee |
| | Opgeven van slijm? | ja/nee |
| | Bent u vaak verkouden? Hebt u regelmatig bronchitis? | ja/nee |
| | Hebt u wel eens astmatische bronchitis? | ja/nee |
| | Hebt u wel eens een astma aanval gehad? | ja/nee |
| | Piept u bij kou of bij inspanning? | ja/nee |
| | Hyperventilatie? | ja/nee |
| | Hooikoorts? | ja/nee |
| 2 | Hebt u TBC (gehad)? | ja/nee |
| 3 | Hebt u sarcoïdose (M. Besnier Boeck) (gehad)? | ja/nee |
| 4 | Hebt u een longontsteking (gehad)? | ja/nee |
| 5 | Hebt u allergie of dauwworm als kind gehad? | ja/nee |
| 6 | Hebt u wel eens een spontane pneumothorax gehad? | ja/nee |
| 7 | Hebt u wel eens een pneumothorax gehad door een ongeluk of een operatie? | ja/nee |
| 8 | Wanneer is uw laatste longfoto gemaakt indien van toepassing | |
| 9 | Wie is uw longarts en geeft u toestemming om gegevens op te vragen? | Ja/nee |
| OPMERKINGEN | | |

| HART EN BLOEDVATEN | | |
|---------------------------|---|--------|
| 1 | Hebt u wel eens last van: | |
| | Hartkloppingen? | ja/nee |
| | Ritmestoornissen? | ja/nee |
| | Dikke enkels? | ja/nee |
| | Uitstralende pijn op de borst, kaken, armen? | ja/nee |
| | Vaak 's nachts plassen nycturie? | ja/nee |
| | Kortademigheid evt. bij platliggen? | ja/nee |
| | Claudicatio klachten, (etalage ziekte)? | ja/nee |
| 2 | Hebt u een hartinfarct doorgemaakt? | ja/nee |
| 3 | Hebt u klachten van angina pectoris? | ja/nee |
| 4 | Gebruikt u medicijnen voor hartklachten of hoge bloeddruk? | ja/nee |
| 5 | Bent u bekend met hypertensie? | ja/nee |
| 6 | Bent u bekend met een hoog cholesterol gehalte | ja/nee |
| 7 | Bent u in staat tot een flinke inspanning? | ja/nee |
| 8 | Hebt u wel een trombose of een longembolie gehad? | ja/nee |
| 9 | Hebt u stollingsafwijkingen in het bloed? | ja/nee |
| 10 | Bent u bekend met bloedarmoede/gebruikt u regelmatig ijzer tabletten? | ja/nee |
| 11 | Hebt u sikkelcel ziekte of thalassaemia? | ja/nee |
| 12 | Hebt u een bloedziekte (gehad) als hemofilie (M.Willebrand)? | ja/nee |
| 13 | Hebt u ooit bloedkanker (leukemie of een M Hodgkin) doorgemaakt? | ja/nee |
| 14 | Hebt u wel een bloedtransfusies gehad? | ja/nee |
| 15 | Gebruikt u bloedverduuners of medicijnen voor hart- en vaatziekten | ja/nee |
| 16 | Heb u een cardioloog, internist e/o hematoloog en geeft u toestemming om gegevens op te vragen? | Ja/nee |
| OPMERKINGEN | | |
| MAAGDARM STELSEL | | |
| 1 | Hebt u wel eens last van: | |
| | Slik- of doorslikklachten, maagpijn? | ja/nee |
| | Zuurbranden (pyrosis), opboeren (ructus)? | ja/nee |
| | braken, misselijkheid? | ja/nee |
| | Galstenen? | ja/nee |
| | Problemen met de ontlasting? Obstipatie? Diarrhoea? | ja/nee |
| | Buikpijn, darmkolieken? | ja/nee |
| 2 | Gebruikt u maagzuurremmers, zoals Rennies® Losec® Omeprazol® Pantozol®? | ja/nee |
| 3 | Hebt u een maagzweer(gehad)? | ja/nee |
| 4 | Hebt u een problemen (gehad) met de alveesklier? | ja/nee |
| 5 | Hebt u Hepatitis A,B of C, geelzucht (gehad)? | ja/nee |
| 6 | Hebt u colitis ulcerosa of M. Crohn? | ja/nee |
| 7 | Gebruikt u medicijnen voor het maagdarmsstelsel? | ja/nee |
| 8 | Wie is uw internist en geeft u toestemming om gegevens op te vragen? | Ja/nee |
| OPMERKINGEN | | |

| INTERNISTISCHE AANDOENINGEN | | |
|-----------------------------|--|--------|
| 1 | Hebt u suikerziekte (diabetes mellitus)? zo ja, gebruikt u hiervoor medicijnen (oraal of insuline)? | ja/nee |
| 2 | Hebt u vaak dorst of moet u vaak plassen (polydipsie, polyurie)? | ja/nee |
| 3 | Transpireert u vaak of hebt u last van nachtzweeten? | ja/nee |
| 4 | Kunt u goed tegen de kou? kunt u goed tegen warmte? | ja/nee |
| 5 | Stem veranderingen sinds enige tijd? | ja/nee |
| 6 | Hebt u het laatste jaar een gewichtsverandering ondergaan? gewenst of ongewenst? | ja/nee |
| 7 | Houdt u thans dieet en gebruikt u daarvoor niet- reguliere geneesmiddelen | ja/nee |
| 8 | Hebt u een reumatische aandoening? | ja/nee |
| 9 | Welke medicijnen gebruikt u tegen suikerziekte schildklierlijden of reuma? | ja/nee |
| 10 | wie is uw behandelaar en geeft u toestemming om gegevens op te vragen? | ja/nee |
| OPMERKINGEN* | | |

| URINEWEGEN EN GESLACHTSORGANEN | | |
|--------------------------------|--|--------|
| 1 | Heeft u problemen met plassen of met de urinewegen? | ja/nee |
| 2 | Heeft u vaak blaasontstekingen? | ja/nee |
| 3 | Heeft u een nierbekkenontsteking (pyelonefritis) gehad? | ja/nee |
| VOOR MANNEN | | |
| 4 | Hebt u een prostaat operatie ondergaan? | ja/nee |
| 5 | Hebt u geneesmiddelen tegen erectiestoornissen of operatie hiervoor ondergaan? | ja/nee |
| OPMERKINGEN | | |
| VOOR VROUWEN | | |
| 1 | Datum laatste menstruatie? | ja/nee |
| 2 | Bent u nu zwanger? | ja/nee |
| 3 | Anticonceptie gebruik? | ja/nee |
| 4 | Bezig met geassisteerde voortplantingstechnieken (zoals IVF) op dit moment? | ja/nee |
| 5 | Aantal zwangerschappen? | ja/nee |
| 6 | Nu nog in lactatie periode? | ja/nee |
| 7 | Last van hevige pijnlijke menstruaties? | ja/nee |
| 8 | Last van bloedarmoede? | ja/nee |
| 9 | Last van ernstig PMS (PMDD) syndroom? | ja/nee |
| OPMERKINGEN | | |

| PSYCHOLOGIE / PSYCHIATRIE | | |
|---------------------------|---|--------|
| 1 | Heeft u last van claustrofobie of agorofobie? | ja/nee |
| 2 | Bent u bang in het donker? | ja/nee |
| 3 | Heeft u behandelingen voor angst of paniekstoornissen gehad? | ja/nee |
| 4 | Bent u behandeld of onder behandeling voor depressies? | ja/nee |
| 5 | Gebruikt u psychiatrische medicatie? | ja/nee |
| 6 | Bent u wel een opgenomen geweest of behandeld voor een psychiatrische aandoening? | ja/nee |
| OPMERKINGEN | | |

| ORTHOPAEDISCHE KLACHTEN | | |
|-------------------------|---|--------|
| 1 | Hebt u wel een iets gebroken? | ja/nee |
| 2 | Hebt u platen of schroeven in uw lichaam? | ja/nee |
| 3 | Bent u bekend met osteoporose? | ja/nee |
| 4 | Hebt u een gewrichtsprothese (heup; knie; etc?) | ja/nee |
| OPMERKINGEN | | |

| HUID AFWIJINGEN | | |
|-----------------|---|--------|
| 1 | Hebt u last van allergieën , psoriasis of eczeem? | ja/nee |
| OPMERKINGEN | | |

| OVERIG | | |
|---------------|---|--------|
| 1 | Huidig medicijngebruik: Homeopathische middelen | ja/nee |
| 2 | Roken: aantal eenheden per dag indien gestopt sinds wanneer: | ja/nee |
| 3 | Alcohol aantal eenheden per dag of per week | ja/nee |
| 4 | Drugs, softdrugs, partydrugs en/of hard-drugs | ja/nee |
| 5 | Doorgemaakte operaties? | ja/nee |
| 6 | Ernstige ziekten en/ of opname? | ja/nee |
| 7 | Familie anamnese voor zover relevant | ja/nee |
| 8 | Regelmatig tandartsbezoek | ja/nee |
| OPMERKINGEN * | | |

| CORONA | | |
|--------|---|--------|
| 1 | Heeft u COVID-19 gehad? | ja/nee |
| 2 | Bent u hiervoor in het ziekenhuis opgenomen geweest? | ja/nee |
| 3 | Was u hierbij kortademig? moest u hoesten? | ja/nee |
| 4 | Heeft u nog rest klachten? vermoeidheid concentratiezwakte inspanningsbeperking | ja/nee |
| 5 | OPMERKINGEN | |

Ondergetekende verklaart dat de antwoorden op de gestelde vragen naar waarheid en volledig zijn gegeven

plaats:

datum:

Handtekening keurling

Handtekening keuringsarts