

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 *	
		Lengte
		Gewicht
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 bloedverdunders 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 maagdarmstelsel?	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

Wilt u dit formulier en een medicatieoverzicht (indien van toepassing) terugsturen naar duikkeuringschinveld@ezorg.nl, wij nemen dan contact met u op.