



In te vullen door SportmedX

SKB patiëntnummer:

Naam van de specialist:

Naam van de afdeling: SportmedX

Bijscancode: COR20

Datum: / /

Vragenlijst duiken

Datum: / /

Persoonlijke gegevens

Naam en voorletters : Man / Vrouw
Roepnaam :
Geboortedatum : / /
BSN :
Adres :
Postcode en woonplaats:
Telefoon overdag :
Mobiel :
Emailadres :
Opleiding/Beroep :

Wij brengen uw huisarts graag op de hoogte van de keuring, gaat u hiermee akkoord? Ja / Nee
(indien van toepassing)

Zo ja, s.v.p. invullen:

Huisarts :
Adres :
Postcode en woonplaats:

Duikervaring

Bent u ooit eerder voor duiken gekeurd?	Ja / Nee
Kunt u zwemmen?	Ja / Nee
Heeft u ooit problemen gehad tijdens of na het zwemmen of duiken?	Ja / Nee
Moest u ooit gered worden?	Ja / Nee
Snorkelt u regelmatig?	Ja / Nee
Heeft u ooit eerder duiktraining / duikles gehad?	Ja / Nee
Heeft u duikervaring?	Ja / Nee
Zo ja, sinds wanneer?.....	
Zo ja, welk brevet heeft u?.....	
Zo ja, hoeveel duiken heeft u (ongeveer) gemaakt?.....	
Zo ja, hoe diep heeft u (maximaal) gedoken?.....meter	
Zo ja, wat is uw langste (minuten) duik?.....minuten	
Heeft u ooit decompressieziekte gehad?	Ja / Nee / Ik twijfel
Heeft u ooit een barotrauma of squeeze gehad?	Ja / Nee / Ik twijfel

Sportbeoefening

Beoefent u ook andere sporten naast het duiken? Ja / Nee

Zo ja, welke sport(en)?

Soort sport	hoe lang al	aantal x per week (incl. wedstrijd)	afstand of duur per training / wedstrijd
1.	sinds jaar x per week
2.	sinds jaar x per week
3.	sinds jaar x per week
4.	sinds jaar x per week

Is uw sportbeoefening recreatie- of prestatiegericht? Recreatiegericht / Prestatiegericht

Medische voorgeschiedenis

Deel 1: medische voorgeschiedenis, duik specifieke vragen.

Is er ooit sprake geweest van één van de volgende aandoeningen of klachten?

Ja Nee

Oogklachten

Hooikoorts of allergie

Neusbijholtenontsteking

Andere neus- en keelproblemen

Gebitsproblemen/plaatjes e.d.

Een recente tandheelkundige ingreep ondergaan
 Doofheid of oorsuizen
 Loopoor of andere oorinfecties
 Operaties aan de oren gehad
 Duizeligheid of onzekerheid
 Ernstige bewegingsziekte
 Medicatie voor zeeziekte/wagenziekte
 Problemen bij vliegen
 Ernstige of frequente hoofdpijn
 Migraine
 Flauwvallen of black-outs
 Trekkingen, epilepsie
 Bewusteloosheid
 Hersenschudding of hoofdletsel
 Ernstige depressie
 Claustrofobie
 Geestesziekte
 Hartziekte
 Bloedafwijkingen
 Hartkloppingen
 Hoge bloeddruk
 Kortademigheid (in rust of bij inspanning)
 Pijn op de borst (in rust of bij inspanning)
 Bronchitis of longontsteking
 Slijm of bloed opgeven
 Chronisch of langdurig hoesten
 Tuberculose
 Pneumothorax (samengevallen long/klaplong)
 Steeds of langdurig verkouden
 Astma of piepen op de borst
 Andere klachten van de borst
 Heeft u een operatie aan borst, longen of hart ondergaan
 Maagzweren, maagzuur
 Bloed braken
 Bloed bij ontlasting/zwarte ontlasting
 Herhaald braken/diarree
 Geelzucht, hepatitis, leverziekte
 Malaria of andere tropische ziekten
 Ernstig gewichtsverlies
 Hernia van de rug
 Groot ongeval met de rug
 Bewegingsbeperking van de rug
 Fracturen, gebroken botten

Verlamming of spierzwakte
Ziekten van nier of blaas
Seksueel overdraagbare aandoening
Diabetes
Bloedziekte of bloederziekte

Deel 2: vervolg medische voorgeschiedenis, algemeen.

Bent u ooit onder behandeling geweest van een medisch specialist? Ja / Nee / Ik twijfel
Bent u ooit langdurig en/of ernstig ziek geweest? Ja / Nee / Ik twijfel
Bent u ooit geopereerd? (anders dan hart- longen of borst)? Ja / Nee
Zo ja, wat voor operatie heeft u ondergaan en wanneer?
.....
.....
Bent u in het laatste jaar door een fysiotherapeut of een andere behandelaar behandeld? Ja/Nee
Heeft u een ongeval gehad, waarvan u nu nog gevolgen van ondervindt? Ja / Nee / Ik twijfel
Bent u ooit geweigerd voor een levensverzekering? Ja / Nee
Bent u ooit afgekeurd voor een baan? Ja / Nee
Bent u (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt? Ja / Nee
Zijn er andere ziekten of gebreken? Ja / Nee / Ik twijfel

Huidige gezondheid

Bent u op dit moment onder behandeling van een:

- Huisarts
- Fysiotherapeut
- Medisch specialist

Bent u de laatste 4 weken zwaar verkouden of ziek geweest? Ja / Nee
Herstelt u normaal na het sporten (m.b.t. vermoeidheid)? Ja / Nee / Ik twijfel
Voelt u zich de laatste tijd gezond? Ja / Nee / Ik twijfel
Slaapt u doorgaans goed? Ja / Nee / Ik twijfel
Heeft u last van uw tanden of tandvlees? Ja / Nee / Ik twijfel
Ziet u goed met beide ogen? Ja / Nee / Ik twijfel
Draagt u een bril of contactlenzen? Ja / Nee

Medicijnen en voeding

Heeft u speciale voedingsgewoonten? Ja / Nee / Ik twijfel
Heeft u speciale voedingsgewoonten i.v.m. de sportbeoefening? Ja / Nee / Ik twijfel
Heeft u ooit inhalatoren (longmedicatie) gebruikt? Ja / Nee / Ik twijfel
Gebruikt u op dit moment medicijnen? Ja / Nee
Zo ja, welke en in welke dosis?
.....

.....
.....

Roken, alcohol en drugs

Rookt u? Ja / Nee
Zo ja, hoeveel?

Gebruikt u regelmatig alcoholische dranken? Ja / Nee / Ik twijfel
Zo ja, hoeveel glazen gemiddeld per dag

Gebruikt u drugs? Ja / Nee
Zo ja, welke drugs gebruikt u?.....

Heeft u last (gehad) van een van de volgende klachten

Onwel worden tijdens of na inspanning? Ja / Nee / Ik twijfel
Gezwellen enkels? Ja / Nee / Ik twijfel
Snelle vermoeidheid? Ja / Nee / Ik twijfel
Heeft u een hoge bloeddruk? Ja / Nee / Ik twijfel
Heeft u een verhoogd cholesterol? Ja / Nee / Ik twijfel
Heeft u klachten (gehad) van uw huid? Ja / Nee / Ik twijfel

Familie

Komen er in uw familie een van de volgende ziektes of aandoeningen voor:

Hartziekten Ja / Nee / Weet ik niet
Vaatziekten Ja / Nee / Weet ik niet
Verhoogd cholesterol Ja / Nee / Weet ik niet
Verhoogde bloeddruk Ja / Nee / Weet ik niet
Astma Ja / Nee / Weet ik niet
Bronchitis Ja / Nee / Weet ik niet
Vallende ziekte / epilepsie Ja / Nee / Weet ik niet
Beroerte Ja / Nee / Weet ik niet
Aangeboren heupafwijking Ja / Nee / Weet ik niet
Plotseling overlijden beneden de leeftijd van 50 jaar Ja / Nee / Weet ik niet
Een hier niet genoemde erfelijke ziekte Ja / Nee / Weet ik niet

Voor vrouwen

Op welke leeftijd trad uw eerste menstruatie op? jaar
Is uw menstruatie regelmatig? Ja / Nee
Heeft u klachten van de menstruatie? Ja / Nee
Worden u sportprestaties beïnvloedt door de menstruatie cyclus? Ja / Nee
Gebruikt u de pil? Ja / Nee

Dagelijkse werkzaamheden

Wat zijn uw dagelijkse werkzaamheden?

Indien van toepassing, hoeveel uur werkt u per week? uur

Indien u buitenshuis werkt, hoe legt u de afstand tussen huis en werk af? (auto, fiets, etc.).....

.....

Indien van toepassing, hoe groot is die afstand? km

Indien van toepassing, hoeveel dagen per week? dagen



Naar waarheid ingevuld door.....

Datum:.....

Handtekening

Aantekeningen arts:

.....
.....
.....
.....
.....

Naam arts:.....

Datum:.....

Handtekening