

PROFESSIONAL DIVE EDUCATION

Medische verklaring



Duikmedisch onderzoek

Deelnemersvragenlijst

Recreatief duiken en freediving vereisen een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid.

Er zijn een paar medische aandoeningen die gevaarlijk kunnen zijn tijdens het duiken en die hieronder vermeld zijn.

Personen die één van deze aandoeningen hebben, of er vatbaar voor zijn, moeten worden onderzocht door een arts.

Deze duikmedische vragenlijst biedt een basis om te bepalen of er onderzoek nodig is.

Als u zich zorgen maakt over de invloed op het duiken van een aandoening die niet op dit formulier is weergegeven, neem dan contact op met uw arts voordat u gaat duiken. Als u zich ziek voelt, vermijd duiken.

Als u denkt dat u een besmettelijke ziekte hebt, bescherm dan uzelf en anderen door niet deel te nemen aan duikopleidingen of duikactiviteiten. Alle verwijzingen naar "duiken" op dit formulier omvatten zowel recreatief SCUBA (cilinders-) duiken als freediving. Dit formulier is voornamelijk bedoeld als een eerste medische controle voor nieuwe duikers, maar is ook geschikt voor duikers die een voortgezette duikopleiding volgen.

Beantwoord, voor uw veiligheid en die van anderen die met u kunnen duiken, alle vragen op een eerlijke manier.

☒ Aanwijzingen

Vul deze vragenlijst in voor uw deelname aan een recreatieve duik- of freediving cursus.

Opmerking voor vrouwen: Als u zwanger bent of probeert zwanger te geraken, duik dan niet.

1	Ik heb problemen gehad met mijn longen/ademhaling, hart, bloed of ben met COVID-19 gediagnosticeerd.	☐ ja Ga Naar box A	☐ nee
2	Ik ben ouder dan 45 jaar.	☐ ja Ga Naar box B	☐ nee
3	Ik heb moeite om matige inspanningen uit te voeren (bijvoorbeeld 2 kilometer wandelen in 15 minuten of 200 meter zwemmen zonder onderbreking), of ik was in de afgelopen 12 maanden niet in staat deel te nemen aan een normale fysieke activiteit als gevolg van mijn fysieke conditie of gezondheidsredenen.	☐ ja	☐ nee
4	Ik heb problemen met mijn ogen, oren, neus (-verstopping) of sinussen.	☐ ja Ga Naar box C	☐ nee
5	Ik onderging een chirurgische ingreep in de laatste 12 maanden, of heb aanhoudende klachten door een chirurgische ingreep in het verleden.	☐ ja	☐ nee
6	Ik heb ooit bewustzijnsverlies, migraine, stuipen, beroerte, of belangrijk hoofdletsel gehad, of ik heb een aanslepende neurologische ziekte of letsel.	☐ ja Ga Naar box D	☐ nee
7	Ik onderga momenteel een behandeling (of heb in de afgelopen vijf jaar een behandeling nodig gehad) voor psychische problemen, persoonlijkheidsstoornis, paniekaanvallen of een drugs- of alcoholverslaving; of, ik ben gediagnosticeerd met een leerstoornis.	☐ ja Ga Naar box E	☐ nee
8	Ik heb rugproblemen, hernia, chronische wonden aan de onderbenen of diabetes gehad.	☐ ja Ga Naar box F	☐ nee
9	Ik heb maag- of darmproblemen of heb deze gehad (ook: recentelijk diarree).	☐ ja Ga Naar box G	☐ nee
10	Ik neem medicijnen op doktersvoorschrift (met uitzondering van anticonceptie of anti-malaria medicijnen andere dan mefloquine (Lariam)).	☐ ja	☐ nee

ONDERTEKENING DOOR DE DEELNEMER

Indien u **NEE** antwoordde op al de 10 bovenstaande vragen, is een medisch onderzoek niet nodig. Lees a.u.b. de onderstaande deelnemersverklaring en verklaar uw akkoord door deze te ondertekenen en van een datum te voorzien.

Deelnemersverklaring: Ik heb alle vragen eerlijk beantwoord en begrijp dat ik de verantwoordelijkheid accepteer voor alle consequenties die voortkomen uit elke vraag die ik niet accuraat heb beantwoord of voor het niet bekend maken van ziekten of gezondheidsaandoeningen die ik momenteel of in het verleden had.

Handtekening deelnemer _____ Datum (dd/mm/jjjj) _____
(of, indien minderjarig, handtekening van de voogd/ouder)

Naam deelnemer (blokletters) _____ Geboortedatum (dd/mm/jjjj) _____

Naam faciliteit (blokletters) _____ Naam instructeur _____

*Indien u **JA** antwoordde op vragen 3, 5 of 10 OF op één of meerdere vragen op pagina 2, lees dan a.u.b. de ondestaande deelnemersverklaring en verklaar uw akkoord door deze te ondertekenen en van een datum te voorzien **EN neem alle 3 pagina's van dit formulier (Deelnemersvragenlijst en Evaluatieformulier voor artsen), mee naar uw arts voor een medisch onderzoek.** Voor deelname aan een duikcursus heeft u de goedkeuring van uw arts nodig.

BOX A – IK HEB, OF HEB GEHAD:		
Chirurgische ingreep aan/in de borstkas, het hart, of één of meerdere hartkleppen; plaatsen van een stent; of een pneumothorax (klaplong).	☐ ja*	☐ nee
Astma, piepende ademhaling, ernstige allergieën, hooikoorts of verstopte luchtwegen in de afgelopen 12 maanden die mijn lichamelijke activiteit /inspanning beperkt.	☐ ja*	☐ nee
Een probleem of ziekte van het hart, zoals: angina (hartkramp), pijn op de borst bij inspanning, hartfalen, longoedeem bij onderdompeling, hartaanval of beroerte, OF ik neem medicatie voor een hartaandoening.	☐ ja*	☐ nee
Wederkerende bronchitis en hoesten in de afgelopen 12 maanden, OF werd gediagnosticeerd met emfyseem.	☐ ja*	☐ nee
Een diagnose van COVID-19.	☐ ja*	☐ nee

BOX B – IK BEN OUDER DAN 45 JAAR EN:		
Ik rook momenteel of inhaleer nicotine op een andere manier.	☐ ja*	☐ nee
Ik heb een hoge cholesterolwaarde.	☐ ja*	☐ nee
Ik heb een hoge bloeddruk.	☐ ja*	☐ nee
Ik heb/had een nabij familielid of bloedverwant die plotseling gestorven is van hart-en vaatziekten of beroerte voor de leeftijd van 50, of: er is in mijn familie een geschiedenis van hart-en vaatziekten voor de leeftijd van 50 (met inbegrip van abnormale hartritmes, coronaire hartziekte of cardiomyopathie).	☐ ja*	☐ nee

BOX C – IK HEB, OF HEB GEHAD:		
Chirurgische ingreep aan de sinussen in de afgelopen 6 maanden.	☐ ja*	☐ nee
Een aandoening of een operatie aan het oor / de oren, gehoorverlies of evenwichtsproblemen.	☐ ja*	☐ nee
Wederkerende sinusitis in de afgelopen 12 maanden.	☐ ja*	☐ nee
Oogoperatie in de afgelopen 3 maanden.	☐ ja*	☐ nee

BOX D – IK HEB, OF HEB GEHAD: en hoofdletsel met bewustzijnsverlies in de afgelopen 5 jaar.		
Een hoofdletsel met bewustzijnsverlies in de afgelopen 5 jaar.	☐ ja*	☐ nee
Aanslepende neurologische ziekte of letsel.	☐ ja*	☐ nee
Wederkerende migraine hoofdpijn in de afgelopen 12 maanden, of: ik neem medicijnen om ze te voorkomen.	☐ ja*	☐ nee
Black-outs of flauwvallen (volledig/gedeeltelijk bewustzijnsverlies) in de afgelopen 5 jaar.	☐ ja*	☐ nee
Epilepsie, stuipen, of: ik neem medicijnen om ze te voorkomen.	☐ ja*	☐ nee

BOX E – IK HEB, OF HEB GEHAD:		
Gedragstoornissen, mentale of psychische problemen die medische/psychiatrische behandeling vereisen.	☐ ja*	☐ nee
Ernstige depressie, zelfmoordgedachten, paniekaanvallen, ongecontroleerde bipolaire stoornis die medicatie en/of psychiatrische behandeling vereisen.	☐ ja*	☐ nee
Gediagnosticeerd met een geestesziekte of een leer- of ontwikkelingsstoornis die voortdurende zorg vereist.	☐ ja*	☐ nee
Een drugs- of alcoholverslaving die behandeling nodig had in de afgelopen 5 jaar.	☐ ja*	☐ nee

BOX F – IK HEB, OF HEB GEHAD:		
Wederkerende rugproblemen in de laatste 6 maanden die mijn dagelijkse activiteit beperken.	☐ ja*	☐ nee
Chirurgische ingreep aan de rug of de ruggengraat in de afgelopen 12 maanden.	☐ ja*	☐ nee
Diabetes, behandeld met medicatie of dieet; of zwangerschapsdiabetes in de afgelopen 12 maanden.	☐ ja*	☐ nee
Een niet-behandelde hernia die mijn fysieke capaciteiten beperkt.	☐ ja*	☐ nee
Actieve of onbehandelde wonden, chronische wonden of operaties voor chronische wonden in de afgelopen 6 maanden.	☐ ja*	☐ nee

BOX G – IK HEB GEHAD:		
Stoma chirurgie, waarbij ik geen medische goedkeuring heb om te zwemmen of deel te nemen aan lichamelijke activiteiten.	☐ ja*	☐ nee
Uitdroging (dehydratatie) die een medische behandeling nodig had in de afgelopen 7 dagen.	☐ ja*	☐ nee
Actieve of onbehandelde maag- of darmzweren of een maagzweeroperatie in de afgelopen 6 maanden.	☐ ja*	☐ nee
Frequent last van brandend maagzuur, oprispingen, of gastro-oesofageale reflux ziekte (GERD).	☐ ja*	☐ nee
Actieve of niet-gestabiliseerde Colitis Ulcerosa of Ziekte van Crohn.	☐ ja*	☐ nee
Bariatrische chirurgie in de afgelopen 12 maanden.	☐ ja*	☐ nee

*Medische evaluatie door een arts vereist (zie pagina 1)

Duikmedisch Onderzoek | Evaluatieformulier voor artsen

Naam Deelnemer: _____ Geboortedatum: _____
In blokletters dd/mm/jjjj

De bovengenoemde persoon vraagt uw opinie over zijn/haar medische geschiktheid om deel te nemen aan recreatieve duik- of freediving training of -activiteiten. Indien nodig, kunt U op de website uhms.org informatie vinden over over medische aandoeningen die betrekking hebben op het duiken. Bekijk de onderdelen die relevant zijn voor uw patiënt als onderdeel van uw evaluatie.

EVALUATIE RESULTAAT

- ☐ Goedgekeurd – Ik vind geen aandoeningen die ik onverenigbaar acht met recreatief duiken of freediving.
- ☐ Afgekeurd – Ik vind aandoeningen die ik onverenigbaar acht met recreatief duiken of freediving.

Handtekening Arts _____ dd/mm/jjjj

Naam Arts: _____ Specialisme _____
In blokletters

Kliniek/Ziekenhuis: _____

Adres: _____

Telefoon: _____ Email: _____

STEMPEL ARTS / KLINIEK (OPTIONEEL)

Physician/Clinic Stamp (optional)

Opgesteld door het Diver Medical Screen Committee in samenwerking met de volgende instanties:

[The Undersea & Hyperbaric Medical Society](#)

[DAN \(US\)](#)

[DAN Europe](#)

[Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego](#)