



Achternaam

Voornaam

Voorletters

Straat

Geboortedatum

Plaats

Provincie

Postcode

Telefoon privé

MEDISCHE VERKLARING

MEDISCH DOSSIER — VERTROUWELIJKE INFORMATIE

Lees onderstaand goed door voordat je je handtekening zet.

In deze verklaring word je geïnformeerd over de mogelijke gevaren van het freediven en duiken met ademgassen en over het gedrag dat tijdens de freedive- en/of duikopleiding van je verwacht wordt. Je moet deze verklaring ondertekenen voordat je mag deelnemen aan de freedive- en/of duikopleiding die wordt verzorgd door:

(instructeur)

en (aanbieder)

Plaats

Staat/provincie

Lees en bespreek deze verklaring voordat je je handtekening zet. Je moet deze medische verklaring, die ook je medische geschiedenis omvat, ondertekenen voordat je deelneemt aan de freediving- en/of duikopleiding. Indien je minderjarig bent, moet je ouder/verzorger deze verklaring ondertekenen.

Duiken is een leuke, maar veeleisende sport. Wanneer je het goed doet en de juiste technieken gebruikt, is het erg veilig. Maar wanneer de gebruikelijke veiligheidsprocedures niet worden gevolgd, kleven er ook gevaren aan.

Om veilig te kunnen freediven en/of duiken mag je geen extreem overgewicht hebben en moet je een goede conditie hebben. Duiken kan onder bepaalde omstandigheden zwaar zijn. Je ademhaling en bloedsomloop moeten in orde zijn. Alle luchthoudende ruimten van je lichaam moeten normaal en gezond zijn. Iemand met hartklachten, een verkoudheid of verstopping, epilepsie, astma, een ernstige medische aandoening of onder invloed van alcohol of drugs mag niet duiken. Indien je medicijnen gebruikt, overleg dan eerst met je arts en de instructeur voordat je aan dit programma

deelneemt. Je moet van de instructeur ook de belangrijkste veiligheidsregels leren die betrekking hebben op het ademen en klaren tijdens het freediven en/of duiken. Verkeerd gebruik van freediving- en/of duikuitrusting kan ernstig letsel tot gevolg hebben. Je moet onder directe supervisie van een bevoegde instructeur goed worden geïnstrueerd hoe je deze uitrusting veilig gebruikt.

Indien je vragen hebt over deze medische verklaring of het onderdeel medische geschiedenis, bespreek deze dan met je instructeur voordat je je handtekening zet.

MEDISCHE GESCHIEDENIS

AAN DE DEELNEMER:

Deze medische vragenlijst is bedoeld om te achterhalen of je moet worden onderzocht door een arts voordat je deelneemt aan een opleiding voor recreatief freediven en/of duiken. Als je een vraag met ja beantwoordt, hoeft dat niet te betekenen dat je niet mag duiken. 'Ja' wil zeggen dat er iets aan de hand is wat van invloed kan zijn op je veiligheid tijdens het freediven en/of duiken, en dat je eerst een arts moet raadplegen.

Beantwoord de volgende vragen over je medische toestand nu en in het verleden met JA of NEE. Weet je iets niet zeker, antwoord dan met JA. Indien één of meerdere van deze toestanden op jou van toepassing is, vragen we je om een arts te raadplegen voordat je gaat freediven en/of duiken. Je instructeur zal je een medische verklaring en richtlijnen voor een medische keuring voor recreatief freediven en duiken geven die je moet meenemen naar de arts.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kun je zwanger zijn of probeer je zwanger te worden? | <input type="checkbox"/> Ben je ouder dan 45 jaar en beantwoord je één of meer van onderstaande vragen met JA? | <input type="checkbox"/> je bent momenteel onder medische behandeling |
| <input type="checkbox"/> Gebruik je momenteel voorgeschreven medicijnen? (met uitzondering van anticonceptiemiddelen of malariamedicijnen) | <input type="checkbox"/> je rookt pijp, sigaren of sigaretten | <input type="checkbox"/> je hebt een hoge bloeddruk |
| | <input type="checkbox"/> je hebt een hoog cholesterol | <input type="checkbox"/> je hebt diabetes mellitus, ook als dit uitsluitend door middel van een dieet beheerst wordt |
| | <input type="checkbox"/> er komen hartaanvallen of beroerten in de familie voor | |

HEB JE NU LAST VAN OF HEB JE OOIT LAST GEHAD VAN...

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Astma of piepen tijdens het ademen of bij inspanning? | <input type="checkbox"/> Black-outs of flauwvallen (volledig of gedeeltelijk verlies van bewustzijn)? | <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk of gebruik je medicijnen om de bloeddruk onder controle te houden? |
| <input type="checkbox"/> Regelmatige of ernstige aanvallen van hooikoorts of allergie? | <input type="checkbox"/> Regelmatig of ernstige last van bewegingsziekten (zeeziekte, wagenziekte enz.)? | <input type="checkbox"/> Hartaandoening? |
| <input type="checkbox"/> Regelmatig verkouden, sinusitis of bronchitis? | <input type="checkbox"/> Dysenterie of uitdroging met tussenkomst van een arts? | <input type="checkbox"/> Hartaanval? |
| <input type="checkbox"/> Enige vorm van longaandoening? | <input type="checkbox"/> Duikongevallen of decompressieziekte? | <input type="checkbox"/> Angina, hart- of vaatoperatie? |
| <input type="checkbox"/> Pneumothorax (ingeklapte long)? | <input type="checkbox"/> Kun je een gemiddelde oefening niet doen (1,6 km lopen in 12 minuten)? | <input type="checkbox"/> Sinusoperatie? |
| <input type="checkbox"/> Andere borstaandoening of borstoperatie? | <input type="checkbox"/> Hoofdelletsel met verlies van bewustzijn in de afgelopen vijf jaar? | <input type="checkbox"/> Ooraandoening of -operatie, gehoorverlies of evenwichtsproblemen? |
| <input type="checkbox"/> Gedragsstoornissen, mentale of psychologische problemen (paniekaanval, angst voor gesloten of open ruimten)? | <input type="checkbox"/> Terugkerende rugklachten? | <input type="checkbox"/> Terugkerende oorklachten? |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie, toevallen, stuip trekkingen of neem je medicijnen om dit te voorkomen? | <input type="checkbox"/> Rug- of ruggengraatoperatie? | <input type="checkbox"/> Bloedingen of andere bloedproblemen? |
| <input type="checkbox"/> Terugkerende migrainehoofdpijnen of neem je medicijnen om dit te voorkomen? | <input type="checkbox"/> Diabetes? | <input type="checkbox"/> Hernia? |
| | <input type="checkbox"/> Rug-, arm- of beenproblemen na operatie, letsel of breuk? | <input type="checkbox"/> Maag- of darmzweren of -operatie? |
| | | <input type="checkbox"/> Colostomie of ileostomie? |
| | | <input type="checkbox"/> Recreatief drugsgebruik of behandeling hiertegen, of alcoholisme in de afgelopen vijf jaar? |

Bovenstaande informatie over mijn medische geschiedenis heb ik eerlijk en oprecht en naar mijn beste geweten gegeven. Ik aanvaard de verantwoordelijkheid voor het geval ik geen volledige informatie over mijn gezondheid nu of in het verleden heb verstrekt.

Handtekening

Datum (DD/MM/JJ)

Handtekening van ouder of verzorger

Datum (DD/MM/JJ)

CONTACTPERSOON IN GEVAL VAN NOOD

Naam:

Relatie

Telefoon privé

Telefoon werk