

Duikmedisch onderzoek | Deelnemersvragenlijst

Recreatief duiken en freediving vereisen een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid. Sommige medische aandoeningen kunnen echter gevaarlijk zijn tijdens het duiken. Personen die één van deze aandoeningen hebben, of er vatbaar voor zijn, moeten worden onderzocht door een arts. Deze vragenlijst biedt een basis om te bepalen of een duikmedisch 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, ga dan niet 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 (flessen-) duiken als freediving. Dit formulier is voornamelijk bedoeld als een eerste medische controle voor nieuwe duikers, maar is ook geschikt voor duikers in het algemeen. 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 activiteit.

Als U NEEN antwoordde op alle 10 onderstaande vragen, is een medisch onderzoek niet noodzakelijk; lees de onderstaande 'Deelnemersverklaring' en verklaar Uw akkoord door deze te ondertekenen en van een datum te voorzien.

Indien U JA heeft geantwoord op vragen 3, 5 of 10 hieronder **OF** op één van de vragen op pagina 2, lees en onderteken de 'Deelnemersverklaring' **EN geef alle drie de bladzijden van dit formulier (de 'Deelnemersvragenlijst' en het Duikmedisch Evaluatieformulier) aan Uw arts** voor het medisch onderzoek. Een duikmedisch onderzoek is noodzakelijk.

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 en/of bloed die mijn normale fysieke of mentale prestaties beïnvloed hebben	Ja <input type="checkbox"/> Ga naar box A	Neen <input type="checkbox"/>
2	Ik ben ouder dan 45 jaar.	Ja <input type="checkbox"/> Ga naar box B	Neen <input type="checkbox"/>
3	Ik heb moeite om matige inspanningen uit te voeren (bijvoorbeeld 1,6 kilometer wandelen in 14 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 <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
4	Ik heb problemen met mijn ogen, oren, neus (-verstopping), sinussen of tanden.	Ja <input type="checkbox"/> Ga naar box C	Neen <input type="checkbox"/>
5	Ik onderging een chirurgische ingreep in de laatste 12 maanden, of heb aanhoudende klachten door een heelkundige ingreep in het verleden.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
6	Ik heb ooit bewustzijnsverlies, migraine, stuipen, beroerte, of belangrijk hoofdletsel gehad, of ik heb een aanslepende neurologische ziekte of letsel. Ik heb een aandoening waar plotse neurologische symptomen of bewusteloosheid kan optreden	Ja <input type="checkbox"/> Ga naar box D	Neen <input type="checkbox"/>
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 leer- of ontwikkelingsstoornis.	Ja <input type="checkbox"/> Ga naar box E	Neen <input type="checkbox"/>
8	Ik heb rugproblemen, hernia, chronische wonden aan de onderbenen of diabetes gehad.	Ja <input type="checkbox"/> Ga naar box F	Neen <input type="checkbox"/>
9	Ik heb maag- of darmproblemen of heb deze gehad (ook: recentelijk diarree).	Ja <input type="checkbox"/> Ga naar box G	Neen <input type="checkbox"/>
10	Ik neem medicijnen op doktersvoorschrift (met uitzondering van anticonceptie of anti-malaria medicijnen andere dan mefloquine (Lariam).	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>

Deelnemers handtekening

Verklaring : ik heb alle vragen eerlijk en naar waarheid beantwoord, en aanvaard expliciet de verantwoordelijkheid voor de gevolgen van het niet accuraat beantwoorden van een vraag of voor het niet vermelden van ziekten of gezondheidsaandoeningen, huidige of in het verleden.

Handtekening deelnemer (of, indien minderjarig, handtekening van de voogd/ouder)

Datum (dd/mm/jjjj)

Naam deelnemer (Drukletters)

Geboortedatum (dd/mm/jjjj)

Naam instructeur (Drukletters)

Naam faciliteit (Drukletters)

Duikmedisch Onderzoek | Deelnemersvragenlijst vervolg

BOX A – IK HEB, OF HEB GEHAD:		
Heelkunde aan/in de borstkas, het hart, of één of meerdere hartkleppen; een implantaat (bv. een stent, pacemaker, neurostimulator); of een pneumothorax (klaplong) en/of een chronische longziekte.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Astma, piepende ademhaling, ernstige allergieën, hooikoorts of verstopte luchtwegen in de afgelopen 12 maanden die mijn lichamelijke activiteit / inspanning beperkt.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Terugkerende bronchitis en hoesten in de afgelopen 12 maanden, of werd gediagnosticeerd met emfyseem.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Symptomen die mijn longen, ademhaling, hart en/of bloed betreffen, in de afgelopen 30 dagen en die mijn fysieke of mentale prestaties aantasten.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
BOX B – IK BEN OUDER DAN 45 JAAR EN:		
Ik rook momenteel of inhaleer nicotine op een andere manier.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Ik heb een hoge cholesterolwaarde.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Ik heb een hoge bloeddruk.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
BOX C – IK HEB, OF HEB GEHAD:		
Heelkundige ingreep aan de sinussen in de afgelopen 6 maanden.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Een aandoening of een operatie aan het oor / de oren, gehoorverlies of evenwichtsproblemen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Terugkerende sinusitis in de afgelopen 12 maanden.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Oogoperatie in de afgelopen 3 maanden.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Recente medische ingreep aan de tanden of in de mondholte, die nog niet genezen verklaard werd	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
BOX D – IK HEB, OF HEB GEHAD:		
Een hoofdletsel met bewustzijnsverlies in de afgelopen 5 jaar.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Aanslepende neurologische ziekte of letsel.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Terugkerende migraine hoofdpijn in de afgelopen 12 maanden, of: ik neem medicijnen om ze te voorkomen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Black-outs of flauwvallen (volledig/gedeeltelijk bewustzijnsverlies) in de afgelopen 5 jaar.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Epilepsie, stuipen, of: ik neem medicijnen om ze te voorkomen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
BOX E – IK HEB, OF HEB GEHAD:		
Gedragstoornissen, mentale of psychische problemen die medische/psychiatrische behandeling vereisen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Ernstige depressie, zelfmoordgedachten, paniekaanvallen, ongecontroleerde bipolaire stoornis die medicatie en/of psychiatrische behandeling vereisen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Gediagnosticeerd met een geestesziekte of een leer- of ontwikkelingsstoornis die voortdurende zorg of bijzondere aanpassingen vereist.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Een drugs- of alcoholverslaving die behandeling nodig had in de afgelopen 5 jaar.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
BOX F – IK HEB, OF HEB GEHAD:		
Terugkerende rugproblemen in de laatste 6 maanden die mijn dagelijkse activiteit beperken.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Heelkundige ingreep aan de rug of de ruggengraat in de afgelopen 12 maanden.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Diabetes, behandeld met medicatie of dieet; of zwangerschapsdiabetes in de afgelopen 12 maanden	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Een niet-behandelde hernia die mijn fysieke capaciteiten beperkt.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Actieve of onbehandelde wonden, chronische wonden of operaties voor chronische wonden in de afgelopen 6 maanden.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
BOX G – IK HEB GEHAD:		
Stoma chirurgie, waarbij ik geen medische goedkeuring heb om te zwemmen of deel te nemen aan lichamelijke activiteiten.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Uitdroging (dehydratie) die een medische behandeling nodig had in de afgelopen 7 dagen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Actieve of onbehandelde maag- of darmzweren of een maagzweeroperatie in de afgelopen 6 maanden.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Frequent last van brandend maagzuur, oprispingen, of gastro-oesofageale reflux ziekte (GERD).	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Actieve of niet-gestabiliseerde Colitis Ulcerosa of Ziekte van Crohn.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>
Bariatrische chirurgie in de afgelopen 12 maanden.	Ja <input type="checkbox"/> *	Neen <input type="checkbox"/>

Duikmedisch Onderzoek | Evaluatieformulier in te vullen door de arts

Naam Deelnemer

Geboortedatum

(Blokletters)

Datum (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, kan U op de website uhms.org informatie vinden 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

(OPGELET: het toevoegen van bijkomende commentaar op dit formulier kan, voor sommige duik-organisaties, de geldigheid van dit attest in het gedrang brengen).

Goedgekeurd – Ik vind geen aandoeningen die ik onverenigbaar acht met recreatief duiken of freediven.

Niet goedgekeurd – Ik vind aandoeningen die ik onverenigbaar acht met recreatief duiken of freediving.

Handtekening van gecertificeerde arts of andere wettelijk gecertificeerde medische zorgverlener

Datum (dd/mm/jjjj)

Naam onderzoekende arts / zorgverlener

(Drukletters)

Specialiteit / bijzondere bekwaamheid duikgeneeskunde

Kliniek / ziekenhuis

Adres

Telefoon

Email

Stempel Arts / Kliniek (optioneel)

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