

## Vragenlijst duiken

*In te vullen door Sport en Bewegen*

Patiëntnummer: .....

Naam van de specialist: .....

Naam van de afdeling: .....

Bijscancode: COR20

Datum: ..... / ..... / .....

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

Soort sport	Hoe lang al	Aantal x per week (inclusief 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		

	Ja	Nee
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		

	Ja	Nee
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 ..... Ja / Nee

    Fysiotherapeut ..... Ja / Nee

    Medisch specialist..... Ja / Nee

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 .....