

**marijke y.j. van daelen**  
**huisarts**

**Vragenlijst medische geschiedenis t.b.v. duikkeuring**

Naam geb. datum M/V

Adres

Woonplaats postcode

Telefoon mobiel

Mailadres

Laatste duikkeuring

		ja	nee	toelichting:
1	Ben je zwanger of probeer je dit te worden?			
2	Rook je of heb je gerookt?			
3	Drink je alcohol?			Hoeveel per week?
4	Gebruik je of heb je ooit drugs gebruikt?			
5	Gebruik je medicijnen? (voorgeschreven of niet-voorgeschreven medicijnen, m.u.v. anticonceptiva)			Welke?
6	Komen in de familie hartaanvallen of beroertes voor?			
7	Heb je ooit een duikongeval of decompressieziekte gehad?			
8	Ben je instaat om een gemiddelde inspanning te leveren (bijv. 1500 m lopen in 10 min)?			
	<b>Heb je ooit (last) gehad (van), of heb je momenteel...</b>	<b>ja</b>	<b>nee</b>	<b>toelichting:</b>
1	Astma, bronchitis, of piepen bij het ademen of piepen na inspanning?			
2	Hooikoorts of allergie?			
3	Regelmatig verkouden, sinusitis?			
4	Pneumothorax (ingeklapte long)?			
5	Enige (andere) vorm van longziekte?			
6	Hoge bloeddruk of medicijnen nodig om de bloeddruk onder controle te houden?			
7	Hoog cholesterolgehalte?			
8	Angina pectoris of een hartaanval?			
9	Hartritmestoornis?			
10	Enige (andere) hartkwaal?			
11	Borstoperatie (hart, longen, bloedvaten, borstkas)?			
12	Oorontstekingen?			
13	Verlies van gehoor of problemen met evenwicht?			
14	Operatie aan oren of sinus?			

**marijke y.j. van daelen**  
**huisarts**

15	Problemen met klaren van de oren tijdens duiken, in een vliegtuig of in de bergen?			
16	Zeeziekte of wagenziekte, of gebruik je daar wel eens medicijnen voor?			
17	Claustrofobie of agorafobie (engte- / ruimtevrees)?			
18	Depressie?			
19	Gedragsstoornissen?			
20	(Andere) psychische ziekte?			
21	Epilepsie, toevallen, stuip trekkingen of neem je medicijnen om die te voorkomen?			
22	Black-outs of flauwvallen?			
23	Migraine of regelmatig andere ernstige hoofdpijnen of neem je medicijnen om die te voorkomen?			
24	Terugkerende rugklachten?			
25	Operatie aan de rug?			
26	Rug-, arm- of beenproblemen (na verwonding, breuk, operatie of anderszins)?			
27	Bloedingen of andere bloed problemen?			
28	Suikerziekte?			
29	Regelmatig maagklachten of neem je medicijnen om die te voorkomen?			
30	Enig type hernia (breuk)?			
31	Darmziekte, nierziekte of blaasproblemen?			
32	(Andere ernstige/) chronische ziekte?			
33	Buikoperatie?			
34	Chemotherapie of bestraling?			
35	Problemen met het gebit?			
36	Oogziekte of problemen met zien?			
37	Draag je een bril of contactlenzen?			

**De informatie die ik heb gegeven over mijn medische geschiedenis is eerlijk en oprecht naar mijn beste weten.**

**Handtekening**

**datum**