

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 zulk 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 (flessen-) 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 en/of bloed die mijn normale fysieke of mentale prestaties beïnvloed hebben	Ja ☐ Ga naar box A	Neen ☐
2	Ik ben ouder dan 45 jaar.	Ja ☐ Ga naar box B	Neen ☐
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 ☐ *	Neen ☐
4	Ik heb problemen met mijn ogen, oren, neus (-verstopping) of sinussen.	Ja ☐ Ga naar box C	Neen ☐
5	Ik onderging een chirurgische ingreep in de laatste 12 maanden, of heb aanhoudende klachten door een heelkundige ingreep in het verleden.	Ja ☐ *	Neen ☐
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	Neen ☐
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 ☐ Ga naar box E	Neen ☐
8	Ik heb rugproblemen, hernia, chronische wonden aan de onderbenen of diabetes gehad.	Ja ☐ Ga naar box F	Neen ☐
9	Ik heb maag- of darmproblemen of heb deze gehad (ook: recentelijk diarree).	Ja ☐ Ga naar box G	Neen ☐
10	Ik neem medicijnen op doktersvoorschrift (met uitzondering van anticonceptie of anti-malaria medicijnen andere dan mefloquine (Lariam)).	Ja ☐ *	Neen ☐

Ondertekening door de deelnemer

Indien u NEEN 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 (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)

***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 onderstaande 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.

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