

Keuringsformulier ten behoeve van gecertificeerde (sport) duikerartsen

Datum keuring			
Naam		voornaam	
Geboortedatum		geslacht	
Adres		woonplaats	
beroep		Email adres:	

Duikclub of organisatie	PADI		
Scuba duiker			
Duikt sinds		Totaal aantal gemaakte duiken	
Check op duikbrevet			
Overige sportbeoefening			

Keurende arts:

naam (sport)duikerarts MED

adres

telefoon

emailadres

Algemeen		
1	Bent u thans gezond en is uw gezondheid gewoonlijk goed?	ja/nee
2	Bent u op dit moment (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt?	ja/nee
3	Welke operaties hebt u doorgemaakt in uw leven?	ja/nee
4	Hebt u een kwaadaardige aandoening (gehad)?	ja/nee
5	Hebt u op dit moment een besmettelijke ziekte of wordt u daarvoor behandeld?	ja/nee
6	Hebt u ooit chemotherapie (bleomycine!) gehad of hebt u radiotherapie gehad?	ja/nee
7	Bent u ooit afgekeurd bij een medische keuring?	ja/nee
8	Hebt u wel eens een duikongeval gehad?	ja/nee
9	Hebt u wel eens een hyperbare tankbehandeling gehad?	ja/nee
	Zo ja waarom was dat	* / nvt
10	Hebt u wel eens een decompressieziekte gehad?	ja/nee
	Zo ja in welke hyperbare tank bent u behandeld?	nvt/*
11	Geeft u toestemming om medische gegevens hierover op te vragen?	nvt/*
*OPMERKINGEN *		
KNO EN OOGHEELKUNDE		
1	Vindt u uw gehoor goed?	ja/nee
	Bent u slechthorend of doof aan een oor?	ja/nee
2	Hebt u wel eens een trommelvliesperforatie gehad?	ja/nee
3	Hebt u vaak last van oorsqueeze met duiken?	ja/nee
4	Hebt u wel eens neusbijholteontstekingen gehad	ja/nee
5	Bent u allergisch?	ja/nee
6	Hebt u pijn in uw oren tijdens vliegen?	ja/nee
7	Kunt u goed klaren?	ja/nee
8	Hebt u vroeger buisjes in de oren gehad	ja/nee
9	Bent u vaak duizelig	ja/nee
	Hebt u M. Ménière	
10	Hebt u vaak last van voorhoofdsholte ontsteking	ja/nee
11	kunt u snel afdalen tijdens het duiken of neemt u daar de tijd voor	ja/nee
12	Wat is uw gezichtssterkte?	1.0
13	Hebt u lenzen of een bril	ja/nee
14	Laat u de sterkte van uw glazen regelmatig controleren?	ja/nee
15	gebruikt u medicatie voor uw oren, neusbijholten(sinussen) of ogen	ja/nee
16	Wie is uw KNO arts en geeft u toestemming	nvt/*
OPMERKINGEN		

NEUROLOGIE		
1	Hebt u wel eens last van:	
	Migraine?	ja/nee
	Frequente hoofdpijn?	ja/nee
	Braken, dubbelzien?	ja/nee
	Flauwvallen?	ja/nee
	Duizeligheid?	ja/nee
	Zeeziekte?/ reisziekte?	ja/nee
	Epilepsie?/ convulsies?	ja/nee
2	Hebt u wel eens een hersenschudding (commotio cerebri) gehad?	ja/nee
3	Hebt u wel eens een hoofdverwonding gehad?	ja/nee
4	Hebt u wel eens een TIA of CVA gehad?	ja/nee
5	Hebt u wel eens een zwembad black-out gekregen?	ja/nee
6	Hebt u wel eens evenwichtsstoornissen?	ja/nee
7	Is uw spraak veranderd de laatste tijd?	ja/nee
8	Hebt u moeite met lopen?	ja/nee
9	Ruikt u normaal?	ja/nee
10	Is uw slaap patroon normaal?	ja/nee
11	Hebt u vaak rugklachten of heeft u een HNP gehad?	ja/nee
12	Hebt u een rug verwonding gehad?	ja/nee
13	Hebt u multipale sclerose?	ja/nee
14	Hebt u andere neurologische ziekten of ziekten gepaard gaand met spierzwakte?	ja/nee
15	Gebruikt u medicijnen voor neurologische afwijkingen	ja/nee
16	Wie is uw neuroloog en geeft u toestemming om gegevens op te vragen?	nvt/*
OPMERKINGEN		
LUCHTWEGEN		
1	Hebt u wel eens last van:	
	Hoesten?	ja/nee
	Opgeven van slijm?	ja/nee
	Bent u vaak verkouden? Hebt u regelmatig bronchitis?	ja/nee
	Hebt u wel eens astmatische bronchitis?	ja/nee
	Hebt u wel eens een astma aanval gehad?	ja/nee
	Piept u bij kou of bij inspanning?	ja/nee
	Hyperventilatie?	ja/nee
	Hooikoorts?	ja/nee
2	Hebt u TBC (gehad)?	ja/nee
3	Hebt u sarcoïdose (M. Besnier Boeck) (gehad)?	ja/nee
4	Hebt u een longontsteking (gehad)?	ja/nee
5	Hebt u allergie of dauwworm als kind gehad?	ja/nee
6	Hebt u wel eens een spontane pneumothorax gehad?	ja/nee
7	Hebt u wel eens een pneumothorax gehad door een ongeluk of een operatie?	ja/nee
8	Wanneer is uw laatste longfoto gemaakt indien van toepassing	nvt/*
9	Wie is uw longarts en geeft u toestemming om gegevens op te vragen?	nvt/*
OPMERKINGEN		

HART EN BLOEDVATEN		
1	Hebt u wel eens last van:	
	Hartkloppingen?	ja/nee
	Ritmestoornissen?	ja/nee
	Dikke enkels?	ja/nee
	Uitstralende pijn op de borst, kaken, armen?	ja/nee
	Vaak 's nachts plassen nycturie?	ja/nee
	Kortademigheid evt. bij platliggen?	ja/nee
	Claudicatio klachten, (etalage ziekte)?	ja/nee
2	Hebt u een hartinfarct doorgemaakt?	ja/nee
3	Hebt u klachten van angina pectoris?	ja/nee
4	Gebruikt u medicijnen voor hartklachten of hoge bloeddruk?	ja/nee
5	Bent u bekend met hypertensie?	ja/nee
6	Bent u bekend met een hoog cholesterol gehalte	ja/nee
7	Bent u in staat tot een flinke inspanning?	ja/nee
8	Hebt u wel een trombose of een longembolie gehad?	ja/nee
9	Hebt u stollingsafwijkingen in het bloed?	ja/nee
10	Bent u bekend met bloedarmoede/gebruikt u regelmatig ijzer tabletten?	ja/nee
11	Hebt u sikkelcel ziekte of thalassaemia?	ja/nee
12	Hebt u een bloedziekte (gehad) als hemofilie (M.Willebrand)?	ja/nee
13	Hebt u ooit bloedkanker (leukemie of een M Hodgkin) doorgemaakt?	ja/nee
14	Hebt u wel een bloedtransfusies gehad?	ja/nee
15	Gebruikt u bloedverduuners of medicijnen voor hart- en vaatziekten	ja/nee
16	Heb u een cardioloog, internist e/o hematoloog en geeft u toestemming om gegevens op te vragen?	nvt
OPMERKINGEN		
MAAGDARM STELSEL		
1	Hebt u wel eens last van:	
	Slik- of doorslikklachten, maagpijn?	ja/nee
	Zuurbranden (pyrosis), opboeren (ructus)?	ja/nee
	braken, misselijkheid?	ja/nee
	Galstenen?	ja/nee
	Problemen met de ontlasting? Obstipatie? Diarrrhoea?	ja/nee
	Buikpijn, darmkolieken?	ja/nee
2	Gebruikt u maagzuurremmers, zoals Rennies® Losec® Omeprazol® Pantozol®?	ja/nee
3	Hebt u een maagzweer(gehad)?	ja/nee
4	Hebt u een problemen (gehad) met de alveesklier?	ja/nee
5	Hebt u Hepatitis A,B of C, geelzucht (gehad)?	ja/nee
6	Hebt u colitis ulcerosa of M. Crohn?	ja/nee
7	Gebruikt u medicijnen voor het maagdarmstelsel?	ja/nee
8	Wie is uw internist en geeft u toestemming om gegevens op te vragen?	nvt
OPMERKINGEN		

INTERNISTISCHE AANDOENINGEN		
1	Hebt u suikerziekte (diabetes mellitus)? zo ja, gebruikt u hiervoor medicijnen (oraal of insuline)?	ja/nee
2	Hebt u vaak dorst of moet u vaak plassen (polydipsie, polyurie)?	ja/nee
3	Transpireert u vaak of hebt u last van nachtzweeten?	ja/nee
4	Kunt u goed tegen de kou? kunt u goed tegen warmte?	ja/nee
5	Stem veranderingen sinds enige tijd?	ja/nee
6	Hebt u het laatste jaar een gewichtsverandering ondergaan? gewenst of ongewenst?	ja/nee
7	Houdt u thans dieet en gebruikt u daarvoor niet- reguliere geneesmiddelen	ja/nee
8	Hebt u een reumatische aandoening?	ja/nee
9	Welke medicijnen gebruikt u tegen suikerziekte schildklierlijden of reuma?	ja/nee
10	wie is uw behandelaar en geeft u toestemming om gegevens op te vragen?	nvt
OPMERKINGEN*		

URINEWEGEN EN GESLACHTSORGANEN		
1	Heeft u problemen met plassen of met de urinewegen?	ja/nee
2	Heeft u vaak blaasontstekingen?	ja/nee
3	heeft u wel een nierbekkenontsteking (pyelonefritis) gehad?	ja/nee
VOOR MANNEN		
4	Hebt u een prostaat operatie ondergaan?	ja/nee
5	Hebt u geneesmiddelen tegen erectiestoornissen of operatie hiervoor ondergaan?	ja/nee
OPMERKINGEN		
VOOR VROUWEN		
1	Datum laatste menstruatie?	ja/nee
2	Bent u nu zwanger?	ja/nee
3	Anticonceptie gebruik?	ja/nee
4	Bezig met geassisteerde voortplantingstechnieken (zoals IVF) op dit moment?	ja/nee
5	Aantal zwangerschappen?	ja/nee
6	Nu nog in lactatie periode?	ja/nee
7	Last van hevige pijnlijke menstruaties?	ja/nee
8	Last van bloedarmoede?	ja/nee
9	Last van ernstig PMS (PMDD) syndroom?	ja/nee
OPMERKINGEN		

PSYCHOLOGIE / PSYCHIATRIE		
1	Heeft u last van claustrofobie of agorofobie	ja/nee
2	Bent u bang in het donker	ja/nee
3	Heeft u behandelingen voor angst of paniekstoornissen gehad?	ja/nee
4	Bent u behandeld of onder behandeling voor depressies?	ja/nee
5	Gebruikt u psychiatrische medicatie?	ja/nee
6	Bent u wel een opgenomen geweest of behandeld voor een psychiatrische aandoening	ja/nee
OPMERKINGEN		

ORTHOPAEDISCHE KLACHTEN		
1	Hebt u wel een iets gebroken?	ja/nee
2	Hebt u platen of schroeven in uw lichaam?	ja/nee
3	Bent u bekend met osteoporose?	ja/nee
4	hebt u gewrichtsprothese (heup; knie; etc?)	ja/nee
OPMERKINGEN		

HUID AFWIJINGEN		
1	Hebt u last van allergieën en/of eczeem	ja/nee
OPMERKINGEN		

OVERIG		
1	Huidig medicijngebruik: Homeopathische middelen	ja/nee
2	Roken: aantal eenheden per dag indien gestopt sinds wanneer:	ja/nee
3	Alcohol aantal eenheden per dag of per week	ja/nee
4	Drugs, softdrugs, partydrugs en/of hard-drugs	ja/nee
5	Doorgemaakte operaties in chronologische volgorde	ja/nee
6	Ernstige ziekten en/ of opname in chronologische volgorde	ja/nee
7	Familie anamnese voor zover relevant	ja/nee
8	Regelmatig tandartsbezoek	ja/nee
OPMERKINGEN *		

CORONA		
1	Heeft u CORONA (COVID-19) gehad?	ja/nee
2	Bent u hiervoor in het ziekenhuis opgenomen?	ja/nee
3	Was u hierbij kortademig? moest u hoesten?	ja/nee
4	Heeft u nog rest klachten? vermoeidheid concentratiezwakte inspanningsbeperking	ja/nee
5	Bent u gevaccineerd? basis (2x) en boosters (2x)	ja/nee
OPMERKINGEN		

Ondergetekende verklaart dat de antwoorden op de gestelde vragen naar waarheid en volledig zijn gegeven

plaats:

datum:

Handtekening keurling

Handtekening keuringsarts