

# Eigen verklaring duikkeuring

**Naam** : .....  
**Geboortedatum** : .....  
**Adres** : .....  
**Woonplaats** : .....  
**e-mail** : .....  
**Huisarts** : .....



© C.P.M. Zomers, duikerarts cat\_B

Lijdt u aan een gebrek of ziekte ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Bent u wel eens ernstig ziek geweest ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Hebt u wel eens in het ziekenhuis gelegen ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens een ongeluk gehad ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens een operatie ondergaan ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Bent u wel eens bij een specialist geweest ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Bent u wel eens afgekeurd ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Draagt u een bril of contactlenzen ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Gebruikt u geneesmiddelen ? (zo ja: welke?)	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Gebruikt u alcohol ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Rookt u ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Gebruikt u drugs ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Heeft u de volgende aandoeningen (gehad)?:	
Klachten bij inspanning ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Pijn op de borst	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Benauwdheid of kortademigheid	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Langdurig hoesten?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Asthma of bronchitis ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Longontsteking ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Ingeklapte long ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Zware hoofdpijn of ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Toevallen of vallende ziekte (epilepsie) ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Suikerziekte ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Regelmatig rug- of nekklachten ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Ernstig hoofdletsel, hersenschudding ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Oorpijn, oorklachten, oorontsteking ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Voorhoofdsholteontsteking, kaakholteontsteking ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Duizeligheidsklachten ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Wagen-, zee- of luchtziekte ?:	Ja ? <input type="checkbox"/> Nee ? <input type="checkbox"/>
Lengte	cm
Gewicht	kg

**Handtekening** ..... **Datum:**.....

Ver.:13/06 (sept 2015)