

## 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 <input type="checkbox"/><br>Ga naar box <b>A</b> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 2  | Ik ben ouder dan 45 jaar.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ja <input type="checkbox"/><br>Ga naar box <b>B</b> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> *                       | Neen <input type="checkbox"/> |
| 4  | Ik heb problemen met mijn ogen, oren, neus (-verstopping) of sinussen.                                                                                                                                                                                                                                           | Ja <input type="checkbox"/><br>Ga naar box <b>C</b> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 5  | Ik onderging een chirurgische ingreep in de laatste 12 maanden, of heb aanhoudende klachten door een heelkundige ingreep in het verleden.                                                                                                                                                                        | Ja <input type="checkbox"/> *                       | Neen <input type="checkbox"/> |
| 6  | Ik heb ooit bewustzijnsverlies, migraine, stuipen, beroerte, of belangrijk hoofdletsel gehad, of ik heb een aanslepende neurologische ziekte of letsel.                                                                                                                                                          | Ja <input type="checkbox"/><br>Ga naar box <b>D</b> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/><br>Ga naar box <b>E</b> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 8  | Ik heb rugproblemen, hernia, chronische wonden aan de onderbenen of diabetes gehad.                                                                                                                                                                                                                              | Ja <input type="checkbox"/><br>Ga naar box <b>F</b> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 9  | Ik heb maag- of darmproblemen of heb deze gehad (ook: recentelijk diarree).                                                                                                                                                                                                                                      | Ja <input type="checkbox"/><br>Ga naar box <b>G</b> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 10 | Ik neem medicijnen op doktersvoorschrift (met uitzondering van anticonceptie of anti-malaria medicijnen andere dan mefloquine (Lariam).                                                                                                                                                                          | Ja <input type="checkbox"/> *                       | Neen <input type="checkbox"/> |

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

# Duikmedisch Onderzoek | Evaluatieformulier in te vullen door de arts

Naam Deelnemer

Geboortedatum

(Blokletters)

Datum (dd/mm/jjjj)

De bovengenoemde persoon vraagt uw opinie over zijn/haar medische geschiktheid om deel te nemen aan recreatieve duik- of freediving training of -activiteiten. Indien nodig, kan U op de website [uhms.org](https://uhms.org) informatie vinden over medische aandoeningen die betrekking hebben op het duiken. Bekijk de onderdelen die relevant zijn voor uw patiënt als onderdeel van uw evaluatie.

## Evaluatie resultaat

☐ Goedgekeurd – Ik vind geen aandoeningen die ik onverenigbaar acht met recreatief duiken of freediven.

☐ Afgekeurd – Ik vind aandoeningen die ik onverenigbaar acht met recreatief duiken of freediving.

Handtekening van gecertificeerde arts of andere wettelijk gecertificeerde medische zorgverlener

Datum (dd/mm/jjjj)

Naam onderzoekende Arts

(Drukletters)

Specialiteit / Bijzondere bekwaamheid duikgeneeskunde

Kliniek/Ziekenhuis

Adres

Telefoon

Email

Stempel Arts / Kliniek (optioneel)

Opgesteld door het [Diver Medical Screen Committee](#) in samenwerking met de volgende instanties:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**