



## MEDISCHE VERKLARING DOSSIER VAN DE DEELNEMER



### (Vertrouwelijke informatie)

#### S.v.p. zorgvuldig lezen alvorens te ondertekenen.

Dit is een verklaring waarin je geïnformeerd wordt over de mogelijke gevaren die het persluchtduiken kunnen optreden en over het gedrag dat van je vereist wordt gedurende je duikopleiding. Jouw handtekening onderaan deze verklaring is vereist om deel te kunnen nemen aan deze duikopleiding die wordt gegeven door:

Instructeur \_\_\_\_\_ en  
Divecenter (naam/plaats/land) \_\_\_\_\_

Lees en bespreek deze verklaring voordat je hem ondertekent. Je moet het deel "Medische Verklaring", dat tevens je medische geschiedenis bevat, volledig invullen om aan de duikopleiding te mogen meedoen. Als je nog minderjarig bent, moet deze verklaring tevens door één van je ouders getekend worden.

Duiken is een opwindende en inspannende activiteit. Als je alles goed uitvoert en de juiste technieken gebruikt is het erg veilig. Als je je niet houdt aan de voorgeschreven veiligheidsprocedures zijn er echter bepaalde gevaren.

Om veilig te kunnen duiken moet je geen extreem overgewicht of een slechte conditie hebben. Onder bepaalde omstandigheden kan het duiken zeer inspannend zijn. Je ademhalings- en bloedcirculatie systeem moeten in goede conditie zijn. Alle luchthoudende holtes in je lichaam moeten normaal en gezond zijn. Iemand met hartproblemen, een verkoudheid of verstopping, epilepsie, astma, een ernstig medisch probleem, of iemand die onder invloed is van alcohol of drugs moet niet duiken. Als je medicijnen gebruikt raadpleeg dan je arts of instructeur voordat je aan deze opleiding deelneemt. Je zult van je instructeur de belangrijkste veiligheidsregels over het ademen en klaren tijdens het duiken leren. Het verkeerd gebruiken van persluchtapparatuur kan ernstige verwondingen tot gevolg hebben. Je moet voldoende geïnstrueerd zijn in het gebruik onder directe supervisie van een gekwalificeerde instructeur om het veilig te kunnen gebruiken.

Als je vragen hebt over deze "Medische Verklaring" of over het deel "Medische Geschiedenis", neem dit dan door met je instructeur voordat je deze verklaring tekent.

### MEDISCHE GESCHIEDENIS

Aan de deelnemer: Het doel van deze medische vragen is om na te gaan of je naar een arts moet gaan voor een onderzoek voordat je deelneemt aan een duikopleiding. Een positieve reactie op één van de vragen houdt niet in dat je niet mag duiken. Een positief antwoord betekent dat er een lichamelijke conditie bestaat die jouw veiligheid onderwater zou kunnen beïnvloeden tijdens het duiken en dat je advies moet vragen aan een arts.

Beantwoord de volgende vragen van je medische geschiedenis (verleden of heden) met **JA** of **NEE**. Als je ergens niet zeker van bent, vul dan **JA** in. Als één van de beweringen op jouw van toepassing is, dan moeten we je vragen om naar een arts te gaan voordat je aan het perslucht duiken deelneemt. Jouw instructeur zal je de PADI medische verklaring en richtlijnen voor de duik keuring meegeven voor je arts.

- \_\_\_\_\_ Zou je zwanger kunnen zijn of probeer je dit te worden?  
 \_\_\_\_\_ Neem je regelmatig voorgeschreven of niet-voorgeschreven medicijnen? (uitzondering geboorte controle)  
 \_\_\_\_\_ Ben je ouder dan 45 jaar en is één of meer van het volgende op jou van toepassing?  
 ● Ik rook pijp, sigaren of sigaretten  
 ● Ik heb een hoog cholesterol gehalte  
 ● In de familie komen hartaanvallen en beroertes voor

#### Heb je ooit last gehad of heb je momenteel ...

- |   |   |
|---|---|
| _____ Astma, of piepen bij het ademen, of piepen na een inspanning?                             | _____ Geschiedenis van rug-, arm- of beenproblemen na een operatie, verwonding of breuk?              |
| _____ Regelmatig of ernstige aanvallen van hooikoorts of een allergie?                          | _____ Onmogelijkheid om een gemiddelde inspanning te leveren (1500 meter lopen in 10 minuten)?        |
| _____ Regelmatig verkouden, sinusitis of bronchitis?  | _____ Geschiedenis van hoge bloeddruk of neem je medicijnen om je bloeddruk onder controle te houden? |
| _____ Enige vorm van een longziekte?  | _____ Geschiedenis van enige hartkwaal?   |
| _____ Pneumothorax (ingeklapte long)?   | _____ Geschiedenis van hartaanvallen?   |
| _____ Geschiedenis van borstoperatie?   | _____ Angina pectoris (hart of bloedvat operatie)?  |
| _____ Claustrofobie of agorafobie (engte- of ruimtevrees)?                                      | _____ Geschiedenis van oor- of sinusoperatie?   |
| _____ Gedragsstoornissen?   | _____ Geschiedenis van ziekte aan het oor, verlies van gehoor of problemen met het evenwicht?         |
| _____ Epilepsie, toevallen, stuiptrekkingen of neem je medicijnen om die te voorkomen?          | _____ Geschiedenis van problemen met klaren van de oren in een vliegtuig of in de bergen?             |
| _____ Regelmatig terugkerende migraine hoofdpijnen of neem je medicijnen om die te voorkomen?   | _____ Geschiedenis van bloedingen of andere bloed problemen?  |
| _____ Geschiedenis van blackouts of flauwvallen (volledig/gedeeltelijk verlies van bewustzijn)? | _____ Geschiedenis van enig type hernia?  |
| _____ Heb je regelmatig last van bewegingsziekten (zeeziekte, wagenziekte, etc.)?               | _____ Geschiedenis van maagzweren of maagzweroperaties?   |
| _____ Geschiedenis van duikongevallen of decompressieziekte?                                    | _____ Geschiedenis van cholestomie?   |
| _____ Geschiedenis van terugkerende rugklachten?  | _____ Geschiedenis van drugs- of alcohol-misbruik?  |
| _____ Geschiedenis van een rugoperatie?   |   |
| _____ Geschiedenis van suikerziekte?  |   |

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

\_\_\_\_\_  
Handtekening  
\_\_\_\_\_  
Handtekening van ouders of voogd indien van toepassing

\_\_\_\_\_  
datum  
\_\_\_\_\_  
datum

**MEDISCHE VERKLARING****STUDENT**

S.v.p. duidelijk leesbaar invullen.

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_ Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoon thuis \_\_\_\_\_ Telefoon werk \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Geb. datum \_\_\_\_\_ Leeftijd \_\_\_\_\_

**Naam en adres van je familie of van je huisarts**

Naam \_\_\_\_\_ Kliniek / hospitaal \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_

Datum laatste medische keuring \_\_\_\_\_

Nam van de keuringsarts \_\_\_\_\_ Kliniek / hospitaal \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_

Is het ooit nodig geweest een onderzoek voor het duiken te ondergaan?  JA  NEE Indien ja, wanneer? \_\_\_\_\_

**ARTS**

Deze persoon wil mee doen of is op dit moment gebrevetteerd om met persluchtapparatuur om te gaan. Uw mening omtrent de medische geschiktheid voor het persluchtduiken wordt verzocht. U wordt verzocht de richtlijnen voor het medische onderzoek voor het persluchtduiken door te nemen.

**ALGEMENE INDRUK ARTS**

- Ik vind geen afwijkingen die ik in strijd acht met het duiken.  
 Ik kan deze persoon niet goedkeuren voor duiken.

**OPMERKINGEN** \_\_\_\_\_

Arts \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_

Handtekening arts \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_