

# Eigen verklaring t.b.v. sportduikkeuring

Voor personen onder de 18 jaar mede te ondertekenen door één van de ouders of verzorgers.

Naam .....

Geboortedatum .....

Adres.....

Postcode..... Woonplaats.....

Huisarts..... Vereniging/duikschool.....

		<b>Heb je de volgende aandoeningen gehad:</b>	
Lijd je aan enig gebrek of ziekte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Klachten bij inspanning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ben je wel eens ernstig ziek geweest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Langdurig hoesten, benauwdheid	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heb je wel eens in een ziekenhuis gelegen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Astma, bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heb je wel eens een ongeluk gehad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Longontsteking	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heb je wel eens iets gebroken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Ingeklapte long	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heb je wel eens een operatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zware hoofdpijn, migraine	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ben je wel eens bij een specialist geweest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Toevallen, vallende ziekte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ben je wel eens afgekeurd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Regelmatig rug- en nekklachten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Draag je een bril of lenzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Ernstig hoofdletsel, hersenschudding	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heb je een kunstgebit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Oorpijn, oorklachten, oorontsteking	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gebruik je geneesmiddelen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Voorhoofdsholteontsteking	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gebruik je alcohol?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Kaakholteontsteking	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Rook je?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Duizeligheidsklachten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ben je zwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Wagen-, lucht-, zeeziekte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
		Suikerziekte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
		Andere ziekten of aandoeningen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Heb je één of meer vragen met 'ja' beantwoord? Geef dan hieronder uitleg.

.....

.....

.....

.....

.....

Datum: .....

Handtekening: