**PREVENTIEF DUIKMEDISCH ONDERZOEK**

**Anamnese**

Waarom een duikmedisch onderzoek?

De belangrijkste reden voor een duikmedisch onderzoek is het optimaliseren van de persoonlijke veiligheid onder water. Ook de veiligheid van de mededuiker (buddy) is daarmee gebaat. Andere redenen voor een medisch onderzoek zijn o.a. het beoordelen van de invloed van duiken op specifieke ziektebeelden en het voorkomen van gezondheidsschade op langere termijn.

Bij dit onderzoek is het van belang om naar waarheid te vermelden of u eerdere ziektes, ongevallen of andere voor de gezondheid belangrijke zaken heeft meegemaakt. Als u dit niet bespreekt met de arts neemt u risico’s en kunt u anderen in gevaar brengen. Dat is uw eigen verantwoordelijkheid.

Bij de onderstaande vragen kunt u antwoorden door ja of nee door te strepen. Een positief antwoord betekent niet dat u afgekeurd wordt, maar kan voor de keuringsarts wel aanleiding zijn om verdergaand met u te spreken over risico’s bij het duiken en eventueel te nemen maatregelen.

**NAW-gegevens**

Naam  Man /  Vrouw

...........................................................................................................

Geboortedatum

DD – MM - JJJJ

Adres

...............................................................................................................................................

Postcode

...................................

Woonplaats

..................................................................................................

Telefoon

06 - ............................

E-mail

...............................................@................................................

Huisarts

...............................................................................................................................................

**Duikanamnese**

Laatste duikmedische keuring

Klik hier

Door keuringsarts

.........................................................................................

Sinds wanneer duik u?

Vul jaartal in

Wat is uw duikbrevet?

.....................................................

Totaal aantal duiken?

.......................................

Heeft u ooit te maken gehad met duikgerelateerde klachten en/of duikongevallen?

Nee  Ja, namelijk ...............................................................................................................

Doet u aan andere sporten?

Nee  Ja, namelijk ...............................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ALGEMENE MEDISCHE VRAGEN** | **Ja** | **Nee** |
| Is er wat in uw medische situatie veranderd sinds de vorige keuring?  Zo ja, omschrijf hier wat |  |  |
| Gebruikt u medicijnen?  Zo ja, omschrijf hier welke medicatie en de dosering (of neem een recent medicatie-overzicht mee) |  |  |
| Staat u momenteel onder behandeling van een arts?  Zo ja, omschrijf hier waarvoor |  |  |
| Bent u ooit geopereerd?  Zo ja, omschrijf hier wat voor operatie(s) |  |  |
| Rookt u?  Zo ja, hoeveel en wat? |  |  |
| Gebruikt u alcohol?  Zo ja, hoeveel en wat? |  |  |
| Gebruikt u verdovende middelen?  Zo ja, hoeveel en wat? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OOGHEELKUNDE** | **Ja** | **Nee** |
| Heeft u problemen met uw zicht / visusproblemen? |  |  |
| Gebruikt u een bril of contactlenzen? |  |  |
| Heeft u last van dubbelzien? |  |  |
| Heeft u of had u een netvliesloslating? |  |  |
| Heeft u glaucoom? |  |  |
| Heeft u problemen met uw gezichtsvelden? |  |  |
| Ruimte voor toelichting oogheelkunde |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KNO** | **Ja** | **Nee** |
| Heeft u wel eens een geperforeerd trommelvlies gehad? |  |  |
| Heeft u regelmatig last van oorpijn? |  |  |
| Heeft u wel eens problemen met uw oren in een vliegtuig of in de bergen? |  |  |
| Heeft u last van looporen? |  |  |
| Moeten uw oren vaak uitgespoten worden? |  |  |
| Had u oorproblemen als kind? Buisjes in uw oren? |  |  |
| Heeft u problemen met uw gehoor? |  |  |
| Heeft u last van oorsuizen? |  |  |
| Heeft u last van zeeziekte? |  |  |
| Heeft u duizeligheidsklachten? |  |  |
| Heeft u last van hooikoorts? |  |  |
| Heeft u regelmatig last van uw bijholtes of een loopneus? |  |  |
| Heeft u of had u neuspoliepen? |  |  |
| Heeft u een oor- of neusoperatie in het verleden gehad? |  |  |
| Ruimte voor toelichting KNO |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NEUROLOGIE** | **Ja** | **Nee** |
| Heeft u ooit een hersenberoerte / CVA / TIA gehad? |  |  |
| Heeft u ooit verlammingen gehad? |  |  |
| Heeft u last van spierkrampen? |  |  |
| Heeft u of had u regelmatig last van hoofdpijn of migraine? |  |  |
| Heeft u ooit epilepsie gehad of aanvallen met wegrakingen? |  |  |
| Heeft u ooit last van duizeligheid of flauwvallen? |  |  |
| Ruimte voor toelichting neurologie |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HART** | **Ja** | **Nee** |
| Bent u ooit bij een cardioloog geweest? |  |  |
| Is u ooit verteld dat u een hartprobleem heeft? |  |  |
| Is u ooit verteld dat u een vergroot hart heeft? |  |  |
| Heeft u ooit last gehad van hartkloppingen of een te snelle hartslag? |  |  |
| Heeft u terugkerende of voortdurend opgezwollen benen? |  |  |
| Heeft u of had u een verhoogde bloeddruk? |  |  |
| Heeft u of had u een te lage bloeddruk? |  |  |
| Bent u snel kortademig of vermoeid? |  |  |
| Heeft u of had u een hartruisje? |  |  |
| Heeft u ooit angina (=pijn/druk op de borst) gehad? |  |  |
| Heeft u ooit een hartaanval of hartinfarct gehad? |  |  |
| Heeft u een pacemaker? |  |  |
| Heeft u ooit acuut reuma gehad? |  |  |
| Heeft u ooit onverklaarbare koorts gehad? |  |  |
| Ruimte voor toelichting hart |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LONGEN** | **Ja** | **Nee** |
| Heeft u of had u last van longproblemen? Bijvoorbeeld astma, COPD/emfyseem, ingeklapte long, tuberculose, longembolie, longcysten |  |  |
| Heeft u het wel eens benauwd of het gevoel onvoldoende lucht te krijgen? |  |  |
| Heeft u een chronische of terugkerende hoest? |  |  |
| Heeft u last van een piepende ademhaling? |  |  |
| Bent u meer kortademig dan de meeste mensen? |  |  |
| Heeft u wel eens bloed opgehoest? |  |  |
| Heeft u ooit longontsteking gehad? |  |  |
| Heeft u wel eens subcutaan emfyseem (=lucht onder de huid) gehad? |  |  |
| Ruimte voor toelichting longen |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MAAG / DARM-KANAAL** | **Ja** | **Nee** |
| Draagt u een gebitsprothese? |  |  |
| Heeft u of had u buikklachten? |  |  |
| Heeft u of had u klachten na het eten? |  |  |
| Heeft u of had u last van zuurbranden? |  |  |
| Heeft u of had u een maagzweer? |  |  |
| Heeft u problemen met de ontlasting? |  |  |
| Heeft u of had u galstenen of nierstenen? |  |  |
| Ruimte voor toelichting maag/darm-kanaal |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STOFWISSELING** | **Ja** | **Nee** |
| Heeft u suikerziekte? |  |  |
| Heeft u last van veel dorst of veel plassen? |  |  |
| Heeft u of had u een bloedziekte? |  |  |
| Heeft u of had u een nierziekte? |  |  |
| Heeft u een schildklierziekte? |  |  |
| Heeft u een leverziekte? |  |  |
| Zijn er bij u andere stofwisselingsziekten vastgesteld? |  |  |
| Ruimte voor toelichting stofwisseling |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BEWEGINGSAPPARAAT** | **Ja** | **Nee** |
| Heeft u last van gewrichtsklachten of artrose? |  |  |
| Heeft u of had u last gehad van rugproblemen of rugverwondingen? |  |  |
| Heeft u of had u een hernia? |  |  |
| Heeft u botontkalking / osteoporose? |  |  |
| Heeft u een gebroken of verschoven wervel? |  |  |
| Heeft u nekklachten? |  |  |
| Heeft u ooit een botoperatie gehad? |  |  |
| Heeft u een plaat of schroeven in uw botten? |  |  |
| Heeft u minder dan 6 maanden geleden een botbreuk gehad? |  |  |
| Ruimte voor toelichting bewegingsapparaat |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PSYCHIATRIE** | **Ja** | **Nee** |
| Heeft u wel eens een depressie gehad? |  |  |
| Heeft u wel eens last van angst- of paniekaanvallen (bv. in afgesloten ruimtes)? |  |  |
| Bent u wel eens overspannen geweest of bent u onder behandeling geweest vanwege psychische klachten? |  |  |
| Heeft u last van hyperventilatieaanvallen? |  |  |
| Heeft u last van emotionele problemen? |  |  |
| Heeft u wel eens een psychose doorgemaakt? |  |  |
| Heeft u ADHD, ADD of een autistische stoornis? |  |  |
| Ruimte voor toelichting psychiatrie |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GYNAECOLOGIE (alleen voor vrouwen)** | **Ja** | **Nee** |
| Heeft u of had u last van menstruatieproblemen? |  |  |
| Probeert u zwanger te worden? |  |  |
| Bent u zwanger? |  |  |
| Bent u minder dan 3 maanden geleden bevallen? |  |  |
| Heeft u minder dan 3 maanden geleden een abortus gehad? |  |  |
| Geeft u borstvoeding? |  |  |
| Ruimte voor toelichting gynaecologie |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OVERIGE** | **Ja** | **Nee** |
| Heeft u bloedarmoede? |  |  |
| Heeft u een stollingsstoornis? |  |  |
| Wordt u of bent u ooit behandeld met chemotherapie of radiotherapie? |  |  |
| Heeft u duikplannen voor een malariagebied? |  |  |
| Als u andere medische problemen hebt (gehad) dien nog niet genoemd zijn, wilt u deze dan hier omschrijven? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VRAGENLIJST COVID-VERSCHIJNSELEN** | | |
| Het is belangrijk om te weten of er sprake is (geweest) van een Covid (Corona Virus Disease). Ten eerste om bij een doorgemaakte Covid tijdens de duikkeuring aandacht te besteden aan de eventuele restverschijnselen. Daarnaast is het belangrijk om een actuele Covid te herkennen om eventuele besmettelijkheid voor anderen te minimaliseren. | | |
| Heeft u **de afgelopen 3 maanden** last gehad van 1 van de volgende symptomen (kruis aan):  Kortademigheid in rust of bij lichte inspanning  Spierpijn  Algehele malaise  Koorts  Hoesten  Keelpijn  Neusverkoudheid (snotteren / niezen / loopneus / verstopte neus)  Smaak en/of reukverlies  Extreme vermoeidheid  Pijn achter de ogen  (Onverklaarde) diarree | | |
| Heeft u een huisgenoot/partner (gehad) met een bewezen of verdachte Covid? | Ja | Nee |
| Heeft u **op dit moment** (dus het moment van het onderzoek) last van 1 van de volgende symptomen (kruis aan):  Kortademigheid in rust of bij lichte inspanning  Spierpijn  Algehele malaise  Koorts  Hoesten  Keelpijn  Neusverkoudheid (snotteren / niezen / loopneus / verstopte neus)  Smaak en/of reukverlies  Extreme vermoeidheid  Pijn achter de ogen  (Onverklaarde) diarree | | |

De informatie die ik heb gegeven over mijn medische geschiedenis is naar mijn beste weten correct en naar waarheid ingevuld. Ik accepteer de verantwoordelijkheid voor het achterhouden van informatie over mijn huidige medische toestand en mijn medische verleden.

Ondertekening

Naam.........................................................

Datum

DD – MM - JJJJ

Bij minderjarigen dient een ouder of voogd een handtekening te zetten.

Ondertekening

Naam ouder / voogd.................................

Datum

DD – MM - JJJJ

Na voltooiing van dit formulier kan deze verstuurd worden naar [info@duikdokter.com](mailto:info@duikdokter.com).