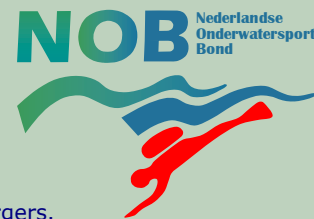


Eigen verklaring t.b.v. sportduikkeuring



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

Naam (tussenvoegsel voluit)

Geboortedatum

Adres

Postcode

Woonplaats

Huisarts

Vereniging/duikschool

Heeft u de volgende aandoeningen gehad:

Lijdt u aan enig gebrek of ziekte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Klachten bij inspanning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Bent u wel eens ernstig ziek geweest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Langdurig hoesten, benauwdheid	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u wel eens in een ziekenhuis gelegen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Asthma, bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u wel eens een ongeluk gehad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Longontsteking	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u wel eens iets gebroken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Ingeklapte long	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u wel eens een operatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zware hoofdpijn, migraine	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Bent u 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
Bent u wel eens afgekeurd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Regelmatig rug- en nekklachten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Draagt u een bril of lenzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Ernstig hoofdletsel, hersenschudding	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u een kunstgebit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Oorpijn, oorklachten, oorontsteking	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gebruikt u geneesmiddelen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Voorhoofdsholteontsteking	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gebruikt u alcohol?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Kaakholteontsteking	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Rookt u?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Duizeligheidsklachten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Bent u zwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Wagen-, lucht-, zeeziekte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Suikerziekte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Andere ziekten of aandoeningen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Indien één of meer van de bovenstaande vragen met 'ja' is beantwoord wordt u verzocht hier nadere informatie te geven.

Dit formulier is door mij naar waarheid ingevuld.

Handtekening

Datum

Lid Cmas Lid NOC*NSF

