

Eigen verklaring duikkeuring

Naam :
Geboortedatum :
Adres :
Woonplaats :
Postcode :
e-mail :
telefoonnummer:
(Voor beroepsduikers) uw registratienummer



© C.P.M. Zomers, duikerarts cat B

Lijdt u aan een gebrek of ziekte ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Bent u wel eens ernstig ziek geweest ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Heeft u wel eens een ongeluk gehad ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Heeft u wel eens een operatie ondergaan ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Bent u wel eens bij een specialist geweest ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Bent u wel eens afgekeurd ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Draagt u een bril of contactlenzen ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Gebruikt u geneesmiddelen ? (zo ja: welke?)	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Gebruikt u alcohol ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Rookt u ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Gebruikt u drugs ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Heeft u de volgende aandoeningen (gehad)?:	
Klachten bij inspanning ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Pijn op de borst	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Komt er hart- of vaatziekte in de familie voor?	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Benauwdheid of kortademigheid	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Langdurig hoesten?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Asthma of bronchitis ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Longontsteking ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Ingeklapte long ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Zware hoofdpijn of ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Toevallen of vallende ziekte (epilepsie) ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Suikerziekte ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Regelmatig rug- of nekklachten ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Ernstig hoofdletsel, hersenschudding ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Oorpijn, oorklachten, oorontsteking ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Voorhoofdsholteontsteking, kaakholteontsteking ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Duizeligheidsklachten ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Wagen-, zee- of luchtziekte ?:	Ja ? ☐ Nee ? ☐
Lengte:	Gewicht

Handtekening **Datum:**.....

Ver.:14/08 (december 2025)