

MEDISCHE KEURING / vragenformulier

Algemene gegevens:

Naam:

Adres:

PC+woonplaats:

Geboortedatum:

Mailadres:

Keuringsverleden:

Bent u ooit afgekeurd?	Ja	Nee
Bent U ooit beperkt goedgekeurd	Ja	Nee
Heeft U ooit een medische ontheffing gehad?	Ja	Nee
Laatste keuring was op		

Medische vragen

Heeft u wel eens last van angst- of paniekaanvallen (bv. in afgesloten ruimtes)?	Ja	Nee
Bent u wel eens overspannen geweest of bent u onder behandeling geweest vanwege psychische klachten?	Ja	Nee
Heeft u last van hyperventilatieaanvallen?	Ja	Nee
Staat u momenteel onder behandeling van een arts of psycholoog/psychiater?	Ja	Nee
Heeft u last van emotionele problemen?	Ja	Nee
Gebruikt u medicijnen? Zo ja, omschrijf hier welke medicatie en de dosering:		
Heeft u ooit een verkeerde reactie op medicijnen gehad?	Ja	Nee
Bent u ooit verslaafd geweest aan medicijnen?	Ja	Nee
Heeft U ooit een ongeval gehad? Zo ja, omschrijf hier dan wat voor ongeval en welke gevolgen	Ja	Nee
Bent u ooit in Uw leven geopereerd? Zo ja, omschrijf hier wat voor operatie(s):	Ja	Nee
Heeft u wel eens een geperforeerd trommelvlies gehad?		
Heeft u regelmatig last van oorpijn?	Ja	Nee
Heeft u last van looporen?	Ja	Nee
Heeft u wel eens problemen met uw oren in een vliegtuig of in de bergen?	Ja	Nee
Heeft u problemen met uw gehoor?	Ja	Nee
Heeft u last van oorsuizen?	Ja	Nee
Heeft u regelmatig last van uw bijholtes of een loopneus?	Ja	Nee
Heeft u last van hooikoorts?	Ja	Nee
Heeft u ooit longproblemen gehad?		
Heeft u ooit astma gehad?	Ja	Nee

Heeft u het wel eens benauwd of het gevoel onvoldoende lucht te krijgen?	Ja	Nee
Heeft u een chronische of terugkerende hoest?	Ja	Nee
Heeft u ooit een ingeklapte long gehad?	Ja	Nee
Heeft u ooit longontsteking gehad?	Ja	Nee
Heeft u ooit tuberculose gehad?	Ja	Nee
Bent u meer kortademig dan de meeste mensen?	Ja	Nee
Heeft u chronische bronchitis?	Ja	Nee
Heeft u wel eens bloed opgehoest?	Ja	Nee
Heeft u ooit acuut reuma gehad?	Ja	Nee
Heeft u ooit onverklaarbare koorts gehad?	Ja	Nee
Is u ooit verteld dat u een hartprobleem heeft?	Ja	Nee
Is u ooit verteld dat u een vergroot hart heeft?	Ja	Nee
Heeft u wel eens last van een te lage bloeddruk?	Ja	Nee
Heeft u ooit een verhoogde bloeddruk gehad?	Ja	Nee
Heeft u ooit angina (=pijn op de borst/druk op de borst) gehad?	Ja	Nee
Heeft u ooit een hartaanval gehad?	Ja	Nee
Heeft u terugkerende of voortdurend opgezwollen benen?	Ja	Nee
Heeft u ooit last gehad van hartkloppingen of een te snelle hartslag?	Ja	Nee
Bent u snel vermoeid of kortademig?	Ja	Nee
Is er bij u wel eens een hartfilmpje (ECG) gemaakt? Zo ja, omschrijf hier de uitslag:	Ja	Nee
Heeft u suikerziekte? Zo ja, omschrijf hier in welke vorm:	Ja	Nee
Heeft of had U een schildklierziekte?	Ja	Nee
Heeft of had U een besmettelijke ziekte, tropische ziekte?	Ja	Nee
Heeft of had U trombose of embolie?	Ja	Nee
Heeft of had U een liesbreuk?	Ja	Nee
Heeft of had U spataderen, aambeien	Ja	Nee
Heeft of had U een geslachtsziekte?	Ja	Nee
Heeft of had U ernstige zeeziekte?	Ja	Nee
Heeft u last van gewrichtsklachten of artrose?	Ja	Nee
Heeft u ooit last gehad van rugproblemen of rugverwondingen?	Ja	Nee
Heeft u een gebroken of verschoven wervel?	Ja	Nee
Heeft u nekklachten?	Ja	Nee
Heeft u klachten van armen en/of benen?	Ja	Nee
Heeft u last van spierkrampen?	Ja	Nee
Heeft u ooit verlammingen gehad?	Ja	Nee
Heeft u regelmatig last van hoofdpijn of migraine?	Ja	Nee
Heeft u ooit epilepsie gehad of aanvallen met wegrakingen?	Ja	Nee
Heeft u ooit last van duizeligheid of flauwvallen?	Ja	Nee
Heeft u ooit een hoofdverwonding gehad?	Ja	Nee
Kunt u voldoende scherp zien?	Ja	Nee
Gebruikt u een bril of contactlenzen?	Ja	Nee
Zijn uw gezichtsvelden in orde?	Ja	Nee
Draagt u een gebitsprothese?	Ja	Nee
Heeft u maag-darmproblemen?	Ja	Nee
Heeft u problemen van andere inwendige organen?	Ja	Nee

Rookt u?	Ja	Nee
Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel drankjes per week?	Ja	Nee
Gebruikt u drugs?	Ja	Nee
Vragen voor vrouwen:		
Heeft u last van menstruatieproblemen?	Ja	Nee
Bent u zwanger?	Ja	Nee
Vragen voor ervaren duikers:		
Heeft u wel eens duikproblemen gehad?	Ja	Nee
Heeft u wel een klaringproblemen gehad?	Ja	Nee
Heeft u ooit een luchtembolie gehad na het duiken?	Ja	Nee
Heeft u ooit decompressieverschijnselen gehad na het duiken?	Ja	Nee
Als u andere medische problemen heeft gehad, wilt u deze dan hier omschrijven?	Ja	Nee

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid en beste weten te hebben ingevuld

Plaats en datum

Handtekening