

Eigen verklaring t.b.v. sportduikkeuring*



Nassastraat 12
3583 XG Utrecht
Telefoon 030 251 70 14
Telefax 030 251 07 73

Naam

Geboortedatum

Adres

Woonplaats

Huisarts Vereniging

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Lijdt u aan enig gebrek of ziekte? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Bent u wel eens ernstig ziek geweest? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Heeft u wel eens in een ziekenhuis gelegen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Heeft u wel eens een ongeluk gehad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Heeft u wel eens iets gebroken? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Heeft u wel eens een operatie ondergaan? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Bent u wel eens bij een specialist geweest? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Bent u wel eens afgekeurd? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Draagt u een bril of lenzen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Heeft u een kunstgebit? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Gebruikt u geneesmiddelen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Gebruikt u alcohol? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Rookt u? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Heeft u de volgende aandoeningen gehad:

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Klachten bij inspanning | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Langdurig hoesten, benauwdheid | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Asthma, bronchitis | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Longontsteking | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Ingeklapte long | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Zware hoofdpijn, migraine | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Toevallen, vallende ziekte | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Regelmatig rug- en nekklachten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Ernstig hoofdletsel, hersenschudding | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Oorpijn, oorklachten, oorontsteking | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Voorhoofdsholteontsteking | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Kaakholteontsteking | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Duizeligheidsklachten | <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 |

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

* Voor personen onder de 16 jaar mede te ondertekenen door één van de ouders of verzorgers