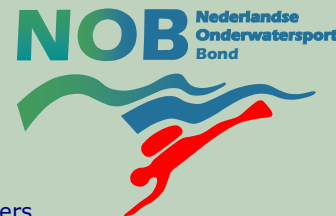


# Eigen verklaring t.b.v. sportduikkeuring



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

Naam (tussenvoegsel voluit) .....

Geboortedatum .....

Adres .....

Postcode .....

Woonplaats .....

Huisarts .....

Vereniging/duikschool OSV Hippocampus Arnhem

## 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
	<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 .....

