



MEDISCHE VERKLARING - DOSSIER VAN DE DEELNEMER

(Vertrouwelijke informatie)

S.v.p. zorgvuldig lezen alvorens te ondertekenen.

Dit is een verklaring waarin je geïnformeerd wordt over de mogelijke gevaren die bij het persluchtduiken kunnen optreden en over het gedrag dat van je vereist wordt gedurende je duikopleiding. Jouw handtekening onderaan deze verklaring is vereist om deel te kunnen nemen aan deze duikopleiding die wordt gegeven door:

Instructeur _____

en Divecenter _____

Gevestigd in _____ Land _____

Lees en bespreek deze verklaring voordat je hem ondertekent. Je moet het deel "Medische Verklaring", dat tevens medische vragen bevat, volledig invullen om aan de duikopleiding te mogen meedoen. Als je nog minderjarig bent, moet deze verklaring tevens door een van je ouders of je voogd ondertekend worden.

Duiken is een opwindende en inspannende activiteit. Als je alles goed uitvoert en de juiste technieken gebruikt is het relatief veilig. Als je je echter niet houdt aan de voorgeschreven veiligheidsprocedures er een verhoogd risico.

Om veilig te kunnen duiken kun je beter geen extreem overgewicht of een slechte conditie hebben. Onder bepaalde omstan-

digheden kan het duiken zeer inspannend zijn. Je ademhalings- en bloed circulatie systeem moeten in goede conditie zijn. Alle luchthoudende holtes in je lichaam moeten normaal en gezond zijn. Iemand met een hartaandoening, een verkoudheid of verstopte luchtwegen, epilepsie, een ernstig medisch probleem, of iemand die onder invloed is van alcohol of drugs mag niet duiken. Wanneer je astma, hartproblemen of een andere chronische medische aandoening hebt, of wanneer je regelmatig medicamenten inneemt, dan dien je een arts en je instructeur te raadplegen alvorens aan dit programma deel te nemen en daarna regelmatig een controle van de geschiktheid voor het duiken te laten uitvoeren. Je zult van je instructeur de belangrijk veiligheidsregels over het ademen en klaren tijdens het duiken leren. Het verkeerd gebruiken van persluchtapparatuur kan ernstige verwondingen tot gevolg hebben. Om het veilig te kunnen gebruiken, moet je voldoende geïnstrueerd zijn in het gebruik ervan onder directe supervisie van een gekwalificeerde instructeur.

Als je vragen hebt over deze "Medische Verklaring" of over het deel met medische vragen, neem dit dan door met je instructeur voordat je deze verklaring tekent.

Medische vragen voor het duiken

Aan de deelnemer: Het doel van deze medische vragen is om na te gaan of je door een arts moet worden onderzocht voordat je deelneemt aan een duikopleiding. Een positief antwoord op één van de vragen houdt niet noodzakelijkerwijs in dat je niet mag duiken. Een positief antwoord betekent dat er een lichamelijke conditie bestaat die jouw veiligheid onderwater zou kunnen beïnvloeden tijdens het duiken en dat je advies moet vragen aan een arts alvorens aan duikactiviteiten deel te nemen.

- _____ Zou je zwanger kunnen zijn of probeer je dit te worden?
- _____ Neem je momenteel medicijnen in op recept? (uitzondering anticonceptie en ter voorkoming van malaria)
- _____ Ben je ouder dan 45 jaar en kun je één of meer van de volgende beweringen met ja beantwoorden?
 - I Ik rook pijp, sigaren of sigaretten
 - I Ik heb een hoog cholesterol gehalte
 - I In mijn familie komen hartaanvallen of beroertes voor
 - I Ik sta momenteel onder medische behandeling
 - I Ik heb een hoge bloeddruk
 - I Ik heb suikerziekte - ook wanneer dit uitsluitend met dieet gereguleerd wordt

Heb je ooit last gehad of heb je momenteel...

- _____ Astma, of piepen bij het ademen, of piepen na een inspanning?
- _____ Regelmatig of ernstige aanvallen van hooikoorts of een allergie?
- _____ Regelmatig verkouden, sinusitis of bronchitis?
- _____ Enige vorm van een longziekte?
- _____ Pneumothorax (ingeklapte long)?
- _____ Andere aandoening aan de borstkas of operatie aan de borstkas?
- _____ Gedragsstoornissen, geestelijke of psychologische problemen (paniekaanvallen, engte- of ruimtevrees)?
- _____ Epilepsie, toevallen, stuip trekkingen of neem je medicijnen om die te voorkomen?
- _____ Regelmatig terugkerende migraine of neem je medicijnen om die te voorkomen?
- _____ Black-outs of flauwvallen (volledig/ gedeeltelijk verlies van

Beantwoord de volgende vragen van je medische achtergrond (verleden of heden) met **JA** of **NEE**. Als je ergens niet zeker van bent, vul dan **JA** in. Als één van de beweringen op jouw van toepassing is, dan moeten we je vragen om naar een arts te gaan voordat je aan het perslucht duiken deelneemt. Jouw instructeur zal je de RSTC medische verklaring en richtlijnen voor de duik keuring meegeven voor je arts.

- _____ bewustzijn)?
- _____ Regelmatig of ernstig last van bewegingsziekten (zeeziekte, wagenziekte, etc.)?
- _____ Uitdroging of dysenterie, waarvoor medische behandeling nodig is?
- _____ Enige vorm van duikongevallen of decompressieziekte?
- _____ Onmogelijkheid om een gemiddelde inspanning te leveren (bv. 1600 meter lopen in 12 minuten)?
- _____ In de laatste 5 jaar hoofdletsel met verlies van bewustzijn?
- _____ Herhaalde problemen met de rug?
- _____ Een operatie aan rug of wervelkolom?
- _____ Suikerziekte?
- _____ Rug-, arm- of beenproblemen na een operatie, verwonding of breuk?
- _____ Hoge bloeddruk of neem je medicijnen om je bloeddruk onder controle te houden?
- _____ Enige hartkwaal?
- _____ Hartaanval?
- _____ Angina, operatie aan bloedvaten?
- _____ Operatie aan de bijholten?
- _____ Ooraandoening of operatie, gerhoorverlies of evenwichtsproblemen?
- _____ Regelmatig terugkerende oorproblemen?
- _____ Bloedingen of andere bloed aandoeningen?
- _____ Hernia?
- _____ Maagzweer of maagzweeroperatie?
- _____ Een colostomie of ileostomie?
- _____ Gebruik van verdovende middelen of een behandeling daarvoor, of alcoholisme in de afgelopen 5 jaar?

De informatie die ik heb gegeven over mijn medische geschiedenis is naar mijn beste weten correct. Ik accepteer de verantwoordelijkheid voor het achterhouden van informatie over mijn huidige medische toestand en mijn medische verleden.

Handtekening _____

Datum _____

Handtekening van ouders _____

Datum _____

STUDENT

S.v.p. duidelijk leesbaar invullen.

Naam _____ Geb. datum _____
(Dag/Maand/Jaar)

Adres _____

Woonplaats _____

Land _____ Postcode _____

Telefoon thuis () _____ Telefoon werk () _____

E-mail _____ FAX _____

Naam en adres van je familie of van je huisarts

Naam _____ Kliniek / ziekenhuis _____

Adres _____

Datum laatste medische keuring _____

Nam van de keuringsarts _____ Kliniek / ziekenhuis _____

Adres _____

Telefoon () _____ E-mail _____

Is het ooit nodig geweest een onderzoek voor het duiken te ondergaan? JA NEE Indien ja, wanneer? _____

ARTS

Deze persoon wil deelnemen aan een cursus persluchtduiken of is op dit moment gebrevetteerd om met persluchtapparatuur om te gaan. Uw mening omtrent de medische geschiktheid voor het persluchtduiken wordt verzocht. Richtlijnen voor het medische onderzoek voor het persluchtduiken zijn ter informatie bijgevoegd.

Algemene indruk arts

- Ik vind geen afwijkingen die ik in strijd acht met het duiken.
 Ik kan deze persoon niet goedkeuren voor duiken.

Opmerkingen

Handtekening arts _____ Datum _____
(Dag/Maand/Jaar)

Naam _____ Kliniek / ziekenhuis _____

Adres _____

Telefoon () _____ E-mail _____



MEDICAL STATEMENT

Participant Record (Confidential Information)

Please read carefully before signing.

This is a statement in which you are informed of some potential risks involved in scuba diving and of the conduct required of you during the scuba training program. Your signature on this statement is required for you to participate in the scuba training program offered

by _____ and _____
Instructor
_____ located in the _____
Facility
city of _____ and state/province of _____.

Read this statement prior to signing it. You must complete this Medical Statement, which includes the medical questionnaire section, to enroll in the scuba training program. If you are a minor, you must have this Statement signed by a parent or guardian.

Diving is an exciting and demanding activity. When performed correctly, applying correct techniques, it is relatively safe. When

established safety procedures are not followed, however, there are increased risks.

To scuba dive safely, you must not be extremely overweight or out of condition. Diving can be strenuous under certain conditions. Your respiratory and circulatory systems must be in good health. All body air spaces must be normal and healthy. A person with coronary disease, a current cold or congestion, epilepsy, a severe medical problem or who is under the influence of alcohol or drugs should not dive. If you have asthma, heart disease, other chronic medical conditions or you are taking medications on a regular basis, you should consult your doctor and the instructor before participation in this program, and on a regular basis thereafter upon completion. You will also learn from the instructor the important safety rules regarding breathing and equalization while scuba diving. Improper use of scuba equipment can result in serious injury. You must be thoroughly instructed in its use under direct supervision of a qualified instructor to use it safely.

If you have any additional questions regarding this Medical Statement or the Medical Questionnaire section, review them with your instructor before signing.

DIVERS MEDICAL QUESTIONNAIRE

To the Participant:

The purpose of this Medical Questionnaire is to find out if you should be examined by your doctor before participating in recreational diver training. A positive response to a question does not necessarily disqualify you from diving. A positive response means that there is a preexisting condition that may affect your safety while diving and you must seek the advice of your physician prior to engaging in dive activities

Please answer the following questions on your past or present medical history with a **YES** or **NO**. If you are not sure, answer **YES**. If any of these items apply to you, we must request that you consult with a physician prior to participating in scuba diving. Your instructor will supply you with an RSTC Medical Statement and Guidelines for Recreational Scuba Diver's Physical Examination to take to your physician.

- ____ Could you be pregnant, or are you attempting to become pregnant?
- ____ Are you presently taking prescription medications? (with the exception of birth control or anti-malarial)
- ____ Are you over 45 years of age and can answer YES to one or more of the following?
 - currently smoke a pipe, cigars, or cigarettes
 - have a high cholesterol level
 - have a family history of heart attack or stroke
 - are currently receiving medical care
 - high blood pressure
 - diabetes mellitus, even if controlled by diet alone

- ____ Dysentery or dehydration requiring medical intervention?
- ____ Any dive accidents or decompression sickness?
- ____ History of recurrent back problems?
- ____ Inability to perform moderate exercise (example: walk 1.6 km/one mile within 12 minutes)?
- ____ Head injury with loss of consciousness in the past five years?
- ____ Recurrent back problems?
- ____ Back or spinal surgery?
- ____ Diabetes?
- ____ Back, arm or leg problems following surgery, injury or fracture?
- ____ High blood pressure or take medicine to control blood pressure?
- ____ Heart disease?
- ____ Heart attack?
- ____ Angina, heart surgery or blood vessel surgery?
- ____ Sinus surgery?
- ____ Ear disease or surgery, hearing loss or problems with balance?
- ____ Recurrent ear problems?
- ____ Bleeding or other blood disorders?
- ____ Hernia?
- ____ Ulcers or ulcer surgery?
- ____ Colostomy or ileostomy?
- ____ Recreational drug use or treatment for, or alcoholism in the past five years?

Have you ever had or do you currently have . . .

- ____ Asthma, or wheezing with breathing, or wheezing with exercise?
- ____ Frequent or severe attacks of hayfever or allergy?
- ____ Frequent colds, sinusitis or bronchitis?
- ____ Any form of lung disease?
- ____ Pneumothorax (collapsed lung)?
- ____ Other chest disease or chest surgery?
- ____ Behavioral health, mental or psychological problems (Panic attack, fear of closed or open spaces)?
- ____ Epilepsy, seizures, convulsions or take medications to prevent them?
- ____ Recurring complicated migraine headaches or take medications to prevent them?
- ____ Blackouts or fainting (full/partial loss of consciousness)?
- ____ Frequent or sever suffering from motion sickness (seasick, carsick, etc.)?

The information I have provided about my medical history is accurate to the best of my knowledge. **I agree to accept responsibility for omissions regarding my failure to disclose any existing or past health condition.**

Signature Date

Signatures of Parent or Guardian Date

STUDENT

Please print legibly.

Name _____ Birth Date _____ Age _____
First Initial Last Day/Month/Year

Mailing Address _____

City _____ State/Province/Region _____

Country _____ Zip/Postal Code _____

Home Phone () _____ Business Phone () _____

Email _____ FAX () _____

Name and address of your family or primary care physician

Physician _____ Clinic/Hospital _____

Address _____

Date of last physical examination _____

Name of examiner _____ Clinic/Hospital _____

Address _____

Phone () _____ Email _____

Were you ever required to have a physical for diving? Yes No If so, when? _____

PHYSICIAN

This person is applying for training or is presently certified to engage in scuba (self contained underwater breathing apparatus) diving. Your opinion of the applicant's medical fitness for scuba diving is requested. There are guidelines attached for your information and reference.

Physician's Impression

- I find no medical conditions that I consider incompatible with diving.
 I am unable to recommend this individual for diving.

Remarks _____

Physician's Signature or Legal Representative of Medical Practitioner Date (day/month/year)

Physician _____ Clinic/Hospital _____

Address _____

Phone () _____ Email _____