

Eigen verklaring t.b.v. sportduikkeuring

Voor personen onder de 18 jaar mede te ondertekenen door één van de ouders of verzorgers.

Naam
Geboortedatum
Adres.....
Postcode..... Woonplaats.....
Huisarts..... Vereniging/duikschool.....
E-mailadres.....

			Heb je de volgende aandoeningen gehad:		
Lijd je aan enig gebrek of ziekte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Klachten bij inspanning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Ben je wel eens ernstig ziek geweest?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Langdurig hoesten, benauwdheid	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heb je wel eens in een ziekenhuis gelegen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Astma, bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heb je wel eens een ongeluk gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Longontsteking	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heb je wel eens iets gebroken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Ingeklapte long	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heb je wel eens een operatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Zware hoofdpijn, migraine	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Ben je 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
Ben je wel eens afgekeurd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Regelmatig rug- en nekklachten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Draag je een bril of lenzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Ernstig hoofdletsel, hersenschudding	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Heb je een kunstgebit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Oorpijn, oorklachten, oorontsteking	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Gebruik je geneesmiddelen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Voorhoofdsholteontsteking	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Gebruik je alcohol?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Kaakholteontsteking	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Rook je?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Duizeligheidsklachten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Ben je zwanger?	<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

Heb je één of meer vragen met 'ja' beantwoord? Geef dan hieronder uitleg.

.....
.....
.....

Mijn gegevens mogen wel/niet* bewaard worden binnen OSV-hippocampus.

In de toekomst mag OSV-hippocampus mij wel/niet* benaderen via de mail.

Ik geef wel/geen* toestemming voor het maken en gebruiken (plaatsen op de sociale mediakanalen) van beeldmateriaal tijdens mijn introductieduik.

*) door strepen wat niet van toepassing is.

Datum: Hantekening:.....

Voor meer informatie over het privacy statement van OSV-Hippocampus kun je terecht op onze website, <https://www.osv-hippocampus.nl/>