

## Preventief Duikmedisch Onderzoek (PDO)

De belangrijkste reden voor het laten verrichten van een PDO is het optimaliseren van de persoonlijke veiligheid onder water. Dit is ook belangrijk voor de veiligheid van je mededruiker (buddy). Andere redenen voor een PDO zijn o.a. het beoordelen van de invloed van duiken op specifieke ziektebeelden en het voorkomen van gezondheidsschade op langere termijn.

Bij dit onderzoek is het van belang om naar waarheid te vermelden of je eerdere ziektes, ongevallen of andere voor de gezondheid belangrijke zaken hebt meegemaakt. Als je dit niet bespreekt met de duikerarts neem je risico's en kun je anderen in gevaar brengen. Dat is je eigen verantwoordelijkheid.

De onderstaande vragen kun je antwoorden door ja/nee/weet ik niet aan te kruisen. Een positief antwoord betekent niet meteen dat je afgekeurd wordt, maar kan voor de (duiker)arts wel aanleiding zijn om verdergaand met je te spreken over risico's bij het duiken en eventueel te nemen maatregelen.

### Persoonlijke gegevens

<b>Voornamen</b>	
<b>Roepnaam</b>	
<b>Achternaam</b>	
<b>Adres</b>	
<b>Postcode + Woonplaats</b>	
<b>Geboortedatum</b>	
<b>Telefoonnummer</b>	
<b>E-mailadres</b>	
<b>Opleiding/beroep</b>	
<b>Duikvereniging/school</b>	
<b>Geslacht</b>	Selecteer hier je geslacht
<b>Lengte</b>	
<b>Gewicht</b>	
<b>Geplande datum Preventief Duikmedisch Onderzoek</b>	

### Keuringsvoorgeschiedenis

	Ja	Nee
Ben je ooit eerder (sport)medisch gekeurd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, waar en wanneer?		
Ben je ooit afgekeurd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je duikervaring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, 1. Wat is je hoogste duikbrevetering: <b>Selecteer hier je brevetingsniveau</b> 2. Hoeveel duiken heb je ongeveer gedaan: <b>Proefduik gedaan.</b> 3. Wanneer was je laatste duik:		

### Medicatie, genotsmiddelen, allergieën

		Ja	Nee
Gebruik je medicijnen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, omschrijf hier welke medicatie en de dosering:			
Heb je ooit een verkeerde reactie op medicijnen gehad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ben je ooit verslaafd geweest aan medicijnen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rook je?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, 1. Sinds wanneer: 2. Hoeveel per dag? 3. Zou je willen stoppen/minderen?			
Gebruik je regelmatig alcoholische dranken?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, hoeveel glazen gemiddeld per dag:                      glazen.			
Gebruik je drugs?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, 1. Welke drugs: 2. Hoe vaak: 3. Hoeveel:			
Ben je bekend met allergieën of overgevoeligheid?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, welke:			

### Familie voorgeschiedenis

		Ja	Nee	Weet ik niet
Komen er in je familie (onder de 60 jaar) een van de volgende ziektes of aandoeningen voor:				
Hart- en vaatziekten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoog cholesterol		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beroerte (herseninfectie)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suikerziekte (diabetes mellitus)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plotseling overlijden op jonge leeftijd (onder de 40 jaar)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plotseling overlijden op jonge leeftijd (onder de 40 jaar)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een erfelijke ziekte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, welke:				

### Huidige gezondheid

		Ja	Nee
Bent je <b>op dit moment</b> onder behandeling bij een:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huisarts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiotherapeut		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisch specialist		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psycholoog/psychiater		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ben je de laatste 4 weken zwaar verkouden of ziek geweest?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herstel je normaal na het sporten (m.b.t. vermoeidheid)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voel jij je de laatste tijd gezond?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Slaap je doorgaans goed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je last van je tanden of tandvlees?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Medische voorgeschiedenis

	Ja	Nee
Ben je onder behandeling <b>geweest</b> van een arts, psycholoog, of psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ben je ooit langdurig en/of ernstig ziek geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ben je ooit geopereerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, omschrijf hier wat voor operatie(s):		
<b>Keel, Neus, Oren (KNO)</b>		
Heb je wel eens een geperforeerd trommelvlies gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je regelmatig last van oorpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je last van looporen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je wel eens problemen met je oren in een vliegtuig/in de bergen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je problemen met je gehoor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je last van oorsuizen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je regelmatig last van je bijholtes of een loopneus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je last van hooikoorts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je het idee dat je gehoor minder is dan die van anderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ben je doof aan een oor/beide oren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je gehoorapparaten (nodig) om goed te kunnen horen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Longen</b>		
Heb je ooit inhalatoren (longmedicatie) gebruikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je ooit longproblemen gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je ooit astma/bronchitis gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je het wel eens benauwd/het gevoel onvoldoende lucht te krijgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je ooit last gehad van een piepende ademhaling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je een chronische of terugkerende hoest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je ooit een klaplong (pneumothorax) gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je longcysten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je ooit longontsteking gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je ooit tuberculose gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ben je meer kortademig dan de meeste mensen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ben je vaak en/of langdurig verkouden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je vaak last van slijm (ophoesten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je chronische bronchitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je wel eens bloed opgehoest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je wel eens subcutaan emfyseem (=lucht onder de huid) gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je een COVID-19/coronavirus infectie doorgemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hart en vaten</b>		
Ben je ooit onwel worden tijdens of na inspanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is je ooit verteld dat je een hartprobleem hebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is je ooit verteld dat je een vergroot hart hebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je wel eens last van een te lage bloeddruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je ooit een verhoogde bloeddruk gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je ooit angina (=pijn op de borst/druk op de borst) gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heb je ooit een hartaanval gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je terugkerende of voortdurend opgezwollen benen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je ooit last gehad van hartkloppingen of een te snelle hartslag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je ooit last gehad van overslaan van het hart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ben je snel vermoeid of kortademig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er bij je wel eens een hartfilmpje (ECG) gemaakt? Zo ja, omschrijf hier de uitslag:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Suikerziekte en andere stofwisselingsproblemen</b>		
Heb je suikerziekte? Zo ja, omschrijf hier in welke vorm:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zijn er bij je andere stofwisselingsziekten vastgesteld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je een bloedziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ben je bekend met een te hoog cholesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zenuwstelsel/evenwicht</b>		
Heb je vaak last van hoofdpijn (of migraine)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je last van duizeligheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ben je wel eens flauwgevallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je ooit epilepsie gehad of aanvallen met wegrakingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je ooit een hoofdverwonding gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je klachten van armen en/of benen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je last van spierkrampen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je ooit verlammingen gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je last van evenwichtsproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je last van zeeziekte/wagenziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psyche/weerbaarheid</b>		
Ben je onder behandeling (geweest) vanwege psychische klachten (bij e.g. POH-huisarts, psycholoog/psychiater)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ben je wel eens overspannen geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je wel eens last van angst- of paniekaanvallen (bv. in afgesloten ruimtes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je last van hyperventilatieaanvallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je last van emotionele problemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bewegingsstelsel</b>		
Ben je <b>het laatste jaar</b> door een fysiotherapeut behandeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je wel eens een noemenswaardige blessure gehad? Zo ja, 1. Welk lichaamsdeel: 2. Welke blessure:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je last van gewrichtsklachten of artrose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je ooit last gehad van rugproblemen of rugverwondingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je een gebroken of verschoven wervel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je nekklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport je? Zo ja, 1. Welke sporten: 2. Hoeveel uur per week:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Visus</b>		

Kun je voldoende scherp zien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruik je een bril of contactlenzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zijn je gezichtsvelden in orde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Overig</b>		
Draag je een gebitsprothese (incl. plaatjes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je gebitsproblemen (incl. vullingen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je een recente tandheelkundige ingreep ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je klachten van de maag of de buik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je klachten van je huid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je problemen met je gewicht (gehad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je andere medische problemen (gehad), die hierboven nog niet zijn langsgekomen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, wil je deze dan hier omschrijven?		

**Vragen voor vrouwen:**

	Ja	Nee
Heb je last van menstruatieproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ben je zwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je een kinderwens/wil je zwanger worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vragen voor ervaren duikers:**

	Ja	Nee
Heb je wel eens duikproblemen gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je wel eens klaringsproblemen gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je ooit een luchtembolie gehad na het duiken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je ooit decompressieverschijnselen gehad na het duiken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heb je ooit een barotrauma of "squeeze" gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als je andere duik gerelateerde (medische) problemen hebt gehad, wil je deze dan hier omschrijven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hierbij verklaar ik, ondergetekende,

- Deze vragenlijst naar waarheid te hebben ingevuld
- Mochten er in de tijd tussen het invullen van de vragenlijst en het Preventief Duikmedisch Onderzoek veranderingen optreden in mijn gezondheid ik dit zal aangeven en zo nodig een nieuwe vragenlijst zal invullen:

Datum:

Handtekening:

Naam (voor- en achternaam):