



Seal Team verklaring

Deelnemerdossier
(vertrouwelijke informatie)

S.V.P. DUIDELIJK EN IN BLOKLETTERS SCHRIJVEN

Voornaam _____ Naam _____

Adres _____

Land _____ Postcode _____ Stad _____

Tel. thuis (_____) _____ Tel. werk (_____) _____

Geboortedatum _____ (D/M/J) Geslacht M V e-mail _____

Contact informatie voor noodgevallen _____ Relaties _____

1. Telefoon (_____) _____ thuis werk mobiele
2. Telefoon (_____) _____ thuis werk mobiele

MEDISCH VERLEDEN

Aan de deelnemer: antwoord op elk van de onderstaande punten met JA of NEE aan de hand van je medische verleden of huidige medische situatie. Wanneer één of meerdere van de onderstaande punten met JA zijn beantwoord, dan moeten we je vragen je door een arts te laten keuren, **voordat** je aan duikactiviteiten in het water deel kunt nemen. Vraag naar een Medische Verklaring (10063) ten behoeve van de arts als dit van toepassing is.

- Ja Nee Ik ben momenteel verkouden.
- Ja Nee Ik heb een verleden van ademhalingsproblemen of -ziekte.
- Ja Nee Ik heb astma, een emfyseem of tuberculose gehad.
- Ja Nee Ik heb momenteel een oorinfectie.
- Ja Nee Ik heb vaak problemen met de oren, een aandoening aan de oren of een operatie aan de oren.
- Ja Nee Ik heb een verleden van problemen in de bijholtes.
- Ja Nee Ik heb een probleem met het klaren van de oren wanneer ik in een vliegtuig zit of door de bergen reis.
- Ja Nee Ik ben diabeticus.
- Ja Nee Ik heb een verleden van hartproblemen.
- Ja Nee Ik heb een verleden van aanvallen, duizeligheid of flauwvallen.
- Ja Nee Ik heb emotionele problemen.
- Ja Nee Ik heb gedragsstoringen, mentale of psychologische problemen (paniekaanvallen, angst voor gesloten ruimten, etc.).
- Ja Nee Ik heb momenteel problemen met de rug, of ben aan de rug geopereerd.
- Ja Nee Ik gebruik momenteel medicijnen op recept, waarop een waarschuwing staat dat mijn lichamelijke of geestelijke vermogen kan worden aangetast (uitgezonderd anti-malariamedicatie).
- Ja Nee Ik ben kort geleden ziek geweest of heb een operatie ondergaan.
- Ja Nee Ik sta onder toezicht van een arts of heb een chronische ziekte.

Handtekening ouder/voogd

(Dag/Maand/Jaar)

Handtekening deelnemer

(Dag/Maand/Jaar)