vzw Duikclub DUKDUVELS

Kortrijkse duikclub

Ondernemingsnummer: 865.778.052

MEDISCH NAZICHT

INVULLEN IN BLOKLETTERS A.U.B.

Naam & voornaam _____ Geslacht : _____

Adres : _____ Geboortedatum : _____

Woonplaats : _____ Land : _____

E-mail-adres:_____ GSM : _____

AAN DE ARTS :

Deze persoon wil meedoen of is op dit moment gebrevetteerd om met persluchtapparatuur om te gaan. Uw mening omtrent de medische geschiktheid voor het persluchtduiken wordt verzocht.
U wordt verzocht de richtlijnen voor het medische onderzoek voor het persluchtduiken door te nemen.
Indien u geen omstandigheden en/of medische redenen heeft gevonden die strijdig zijn met het beoefenen van de duiksport kan dit medische onderzoek worden afgegeven.
Dit medisch onderzoek heeft een geldigheid van één jaar na datum van afgifte.

AANDACHTSPUNTEN :

- ☐ mentale stabiliteit
- ☐ lichamelijk onderzoek
- ☐ oren en sinussen (moeten geklaard worden)
- ☐ hartfunctie (moet vrij van ruis zijn)
- ☐ controle medische historie
- ☐ röntgenonderzoek (optioneel)
- ☐ ademhaling
- ☐ ECG/EKG (optioneel)

UITSLAG VAN HET ONDERZOEK :

☐ Ondergetekende arts heeft geen omstandigheden en/of medische redenen gevonden die onverenigbaar zijn met het beoefenen van de duiksport met persluchtapparatuur.

☐ Ondergetekende arts kan deze persoon niet goedkeuren voor het beoefenen van de duiksport met persluchtapparatuur.

OPMERKING : _____

Naam keuringsarts : _____ datum : _____

Adres : _____ telefoon : _____

Stempel Keuringsarts Handtekening Keuringsarts

vzw Duikclub DUKDUVELS

Kortrijkse duikclub

Company Number: 865.778.052

MEDICAL EXAMINATION

PLEASE FILL IN CAPITAL LETTERS

Name & First Name: _____ Gender:_____

Address: _____ Date of Birth: _____

City: _____ Country: _____

Email Address: _____ Phone: _____

TO THE DOCTOR:

This person wishes to participate or is currently certified to use compressed air diving equipment. Your opinion regarding medical fitness for scuba diving is requested.

Please review the guidelines for the medical examination for compressed air diving. If you find no conditions and/or medical reasons that conflict with practicing the sport of diving, this medical certificate can be issued.

This medical certificate is valid for one year from the date of issue.

POINTS OF ATTENTION:

- ☐ Mental stability
- ☐ Physical examination
- ☐ Ears and sinuses (must be clear)
- ☐ Heart function (must be free of murmurs)
- ☐ Review of medical history
- ☐ X-ray examination (optional)
- ☐ Breathing
- ☐ ECG/EKG (optional)

RESULT OF THE EXAMINATION:

☐ The undersigned doctor has found no conditions and/or medical reasons incompatible with practicing scuba diving with compressed air equipment.

☐ The undersigned doctor cannot approve this person for practicing scuba diving with compressed air equipment.

REMARKS: _____

Name of examining doctor: _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of examining doctor Doctor's stamp