



Medisch Geheim



Medische verklaring / Eigen verklaring

Ik, ondergetekende, verklaar hierbij duidelijk op de hoogte te zijn gesteld van de gevaren en risico's die het duiken met perslucht met zich mee kunnen brengen. Door ondertekening van deze verklaring bevestig ik bekend te zijn met deze gevaren en risico's

Ik verklaar bovendien, dat Scuba Assen en haar medewerkers, alsmede het personeel en de directie van Instructor Dive Development (IDD), behoudens in de gevallen waarin zij volgens de wet en het recht aansprakelijk zijn en zij jegens mij een wettelijke verplichting tot schadevergoeding hebben, door mij en mijn familieleden op geen enkele wijze aansprakelijk zullen worden gesteld voor schade als gevolg van ongevallen, lichamelijk letsel of overlijden of voor schade als gevolg van enig andere onvoorziene gebeurtenis die verband houdt met deelname aan de introductieles sportduiken waarvoor ik mij vrijwillig heb opgegeven.

Voorts verklaar ik dat ik deze vrijwaringsverklaring geheel vrijwillig en niet onder enige vorm van dwang heb afgelegd.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ik ben MOMENTEEL verkouden | <input type="checkbox"/> Ik heb Ademhalingsmoeilijkheden (gehad) |
| <input type="checkbox"/> Ik ben regelmatig verkouden | <input type="checkbox"/> Ik ben aan mijn longen geopereerd |
| <input type="checkbox"/> Ik heb een allergie (b.v. Hooikoorts) | <input type="checkbox"/> Ik heb een bloederziekte (hemofilie) |
| <input type="checkbox"/> Ik heb MOMENTEEL een oorontsteking | <input type="checkbox"/> Ik heb last van een verhoogde bloeddruk |
| <input type="checkbox"/> Ik kan mijn oren niet goed klaren | <input type="checkbox"/> Ik heb een bloedziekte |
| <input type="checkbox"/> Ik ben geopereerd aan mijn oren | <input type="checkbox"/> Ik heb hartklachten (gehad) |
| <input type="checkbox"/> Ik heb andere problemen met mijn oren | <input type="checkbox"/> Ik ben aan mijn hart geopereerd |
| <input type="checkbox"/> Ik draag een bril of lenzen, L: __ R: __ | <input type="checkbox"/> Ik heb een motorische beperking |
| <input type="checkbox"/> Ik heb regelmatig hoofdpijn of migraine | <input type="checkbox"/> Ik ben een diabeet |
| <input type="checkbox"/> Ik heb een hoofdverwonding (gehad) | <input type="checkbox"/> Ik heb een huidziekte (b.v. Eczeem) |
| <input type="checkbox"/> Ik heb een rugverwonding (gehad) | <input type="checkbox"/> Ik heb last van engtevrees (claustrofobie) |
| <input type="checkbox"/> Ik heb rugklachten (b.v. Hernia) | <input type="checkbox"/> Ik ben recent geopereerd |
| <input type="checkbox"/> Ik heb Astma (gehad) | <input type="checkbox"/> Ik ben recent ernstig ziek geweest |
| <input type="checkbox"/> Ik heb last van inspanningsastma | <input type="checkbox"/> Ik heb een decompressieziekte gehad |
| <input type="checkbox"/> Ik heb een longemfyseem | <input type="checkbox"/> Ik ben in verwachting |
| <input type="checkbox"/> Ik heb tuberculose (gehad) | <input type="checkbox"/> Ik rook meer dan 20 sigaretten per dag |
| <input type="checkbox"/> Ik heb Bronchitis (gehad) | <input type="checkbox"/> Ik gebruik momenteel medicijnen |
| <input type="checkbox"/> Ik heb een ingeklapte long gehad | |

Bovenstaande gegevens zijn door mij naar beste weten en naar waarheid ingevuld.

Naam: _____

Voornaam: _____

Adres: _____

Geslacht: Man / Vrouw

Postcode: _____

Geboortedatum: ____ - ____ - ____

Woonplaats: _____

Telefoon: _____

Datum: _____

Handtekening: _____