



Try Scuba and Basic Diver Participant Registration Form

Voornaam	Achternaam	Geboortedatum (DD/MM/JJ)
Postadres		
E-mailadres	Mobiel	

Contactpersoon in geval van nood

Naam	Relatie
E-mailadres	Mobiel

Privacybeleid

In dit privacybeleid wordt toegelicht waarom SSI Training Centers je persoonsgegevens verzamelen met het oog op het verzorgen van je opleiding, het afgeven van brevetten, het beheer van je persoonlijke informatie en eventuele andere vereisten met betrekking tot de uitvoering van deze overeenkomst.

Door registratie in MySSI geef je toestemming voor het delen van je persoonsgegevens: naam (voor- en achternaam), adres (postbus), postcode, plaats, provincie, land, e-mailadres, telefoonnummers (optioneel), geboortedatum, foto, taal, geslacht, SSI Master ID, type opleiding, voortgang van de opleiding en brevetgegevens (naam, SSI Training Center, brevetterende instructeur, jaar dat je begon met duiken, ervaringsniveau, aantal duiken en datum van afgifte), plus het Training Center waarbij je bent aangesloten.

Nadat jij toestemming hebt gegeven, mogen SSI Training Centers je persoonsgegevens als hierboven beschreven openen om je te identificeren, om de status van je opleiding en brevetten te verifiëren of om je vervolgoopleidingen en diensten aan te bieden op basis van je duikervaring.

Ga voor meer informatie naar het SSI Privacybeleid op https://my.divessi.com/myssi_privacy.

Download the free MySSI App, available for iOS or Android! SSI designed the MySSI App to be that "All-In-One Tool" for your diving experiences and to give you access to your Digital Learning Materials, Digital Logbook and Digital Recognition Cards, all in the palm of your hand. There are a variety of features like news, local events, training dates, fun 360° videos and even dive tables and hand signals to review before your next dive.

my.divessi.com



MySSI-app: iOS



MySSI-app: Android





Duikmedisch onderzoek | Deelnemersvragenlijst

Recreatief duiken en freediving vereisen een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid. Er zijn een paar medische aandoeningen die gevaarlijk kunnen zijn tijdens het duiken, en die hieronder vermeld zijn. Personen die één van deze aandoeningen hebben, of er vatbaar voor zijn, moeten worden onderzocht door een arts. Deze duikmedische vragenlijst biedt een basis om te bepalen of zulk onderzoek nodig is. Als u zich zorgen maakt over de invloed op het duiken van een aandoening die niet op dit formulier is weergegeven, neem dan contact op met uw arts voordat u gaat duiken. Als u zich ziek voelt, vermijd duiken. Als u denkt dat u een besmettelijke ziekte hebt, bescherm dan uzelf en anderen door niet deel te nemen aan duikopleidingen of duikactiviteiten. Alle verwijzingen naar "duiken" op dit formulier omvatten zowel recreatief SCUBA (flessen-) duiken als freediving. Dit formulier is voornamelijk bedoeld als een eerste medische controle voor nieuwe duikers, maar is ook geschikt voor duikers die een voortgezette duikopleiding volgen. Beantwoord, voor uw veiligheid en die van anderen die met u kunnen duiken, alle vragen op een eerlijke manier.

Aanwijzingen

Vul deze vragenlijst in voor uw deelname aan een recreatieve duik- of freediving cursus.

Opmerking voor vrouwen: Als u zwanger bent of probeert zwanger te geraken, duik dan niet.

1	Ik heb problemen gehad met mijn longen, ademhaling, hart en/of bloed die mijn normale fysieke of mentale prestaties beïnvloed hebben	Ja ☐ Ga naar box A	Neen ☐
2	Ik ben ouder dan 45 jaar.	Ja ☐ Ga naar box B	Neen ☐
3	Ik heb moeite om matige inspanningen uit te voeren (bijvoorbeeld 1,6 kilometer wandelen in 14 minuten of 200 meter zwemmen zonder onderbreking), of ik was in de afgelopen 12 maanden niet in staat deel te nemen aan een normale fysieke activiteit als gevolg van mijn fysieke conditie of gezondheidsredenen.	Ja ☐ *	Neen ☐
4	Ik heb problemen met mijn ogen, oren, neus (-verstopping) of sinussen.	Ja ☐ Ga naar box C	Neen ☐
5	Ik onderging een chirurgische ingreep in de laatste 12 maanden, of heb aanhoudende klachten door een heelkundige ingreep in het verleden.	Ja ☐ *	Neen ☐
6	Ik heb ooit bewustzijnsverlies, migraine, stuipen, beroerte, of belangrijk hoofdletsel gehad, of ik heb een aanslepende neurologische ziekte of letsel.	Ja ☐ Ga naar box D	Neen ☐
7	Ik onderga momenteel een behandeling (of heb in de afgelopen vijf jaar een behandeling nodig gehad) voor psychische problemen, persoonlijkheidsstoornis, paniekaanvallen of een drugs- of alcoholverslaving; of, ik ben gediagnosticeerd met een leer- of ontwikkelingsstoornis.	Ja ☐ Ga naar box E	Neen ☐
8	Ik heb rugproblemen, hernia, chronische wonden aan de onderbenen of diabetes gehad.	Ja ☐ Ga naar box F	Neen ☐
9	Ik heb maag- of darmproblemen of heb deze gehad (ook: recentelijk diarree).	Ja ☐ Ga naar box G	Neen ☐
10	Ik neem medicijnen op doktersvoorschrift (met uitzondering van anticonceptie of anti-malaria medicijnen andere dan mefloquine (Lariam)).	Ja ☐ *	Neen ☐

Ondertekening door de deelnemer

Indien u NEEN antwoordde op al de 10 bovenstaande vragen, is een medisch onderzoek niet nodig. Lees a.u.b. de onderstaande deelnemersverklaring en verklaar uw akkoord door deze te ondertekenen en van een datum te voorzien.

Deelnemersverklaring: Ik heb alle vragen eerlijk beantwoord en begrijp dat ik de verantwoordelijkheid accepteer voor alle consequenties die voortkomen uit elke vraag die ik niet accuraat heb beantwoord of voor het niet bekend maken van ziekten of gezondheidsaandoeningen die ik momenteel of in het verleden had.

Handtekening deelnemer (of, indien minderjarig, handtekening van de voogd/ouder)

Datum (dd/mm/jjjj)

Naam deelnemer (Drukletters)

Geboortedatum (dd/mm/jjjj)

Naam instructeur (Drukletters)

Naam faciliteit (Drukletters)

***Indien u JA antwoordde** op vragen 3, 5 of 10 OF op één of meerdere vragen op pagina 2, lees dan a.u.b. de onderstaande deelnemersverklaring en verklaar uw akkoord door deze te ondertekenen en van een datum te voorzien **EN neem alle 3 pagina's van dit formulier (Deelnemersvragenlijst en Evaluatieformulier voor artsen), mee naar uw arts** voor een medisch onderzoek. Voor deelname aan een duikcursus heeft u de goedkeuring van uw arts nodig.

Duikmedisch Onderzoek | Deelnemersvragenlijst vervolg

BOX A – IK HEB, OF HEB GEHAD:		
Heelkunde aan/in de borstkas, het hart, of één of meerdere hartkleppen; een implantaat (bv. een stent, pacemaker, neurostimulator) ; of een pneumothorax (klaplong) en/of een chronische longziekte.	Ja ☐ *	Neen ☐
Astma, piepende ademhaling, ernstige allergieën, hooikoorts of verstopte luchtwegen in de afgelopen 12 maanden die mijn lichamelijke activiteit / inspanning beperkt.	Ja ☐ *	Neen ☐
Een probleem of ziekte van het hart, zoals: angina (hartkramp), pijn op de borst bij inspanning, hartfalen, longoedeem bij onderdompeling, hartaanval of beroerte, OF ik neem medicatie voor een hartaandoening.	Ja ☐ *	Neen ☐
Terugkerende bronchitis en hoesten in de afgelopen 12 maanden, OF werd gediagnosticeerd met emfyseem.	Ja ☐ *	Neen ☐
Symptomen die mijn longen, ademhaling, hart en/of bloed betreffen, in de afgelopen 30 dagen en die mijn fysieke of mentale prestaties aantasten.	Ja ☐ *	Neen ☐
BOX B – IK BEN OUDER DAN 45 JAAR EN:		
Ik rook momenteel of inhaleer nicotine op een andere manier.	Ja ☐ *	Neen ☐
Ik heb een hoge cholesterolwaarde.	Ja ☐ *	Neen ☐
Ik heb een hoge bloeddruk.	Ja ☐ *	Neen ☐
Ik heb/had een nabij familielid of bloedverwant die plotseling gestorven is van hart-en vaatziekten of beroerte voor de leeftijd van 50, of: er is in mijn familie een geschiedenis van hart-en vaatziekten voor de leeftijd van 50 (met inbegrip van abnormale hartritmes, coronaire hartziekte of cardiomyopathie).	Ja ☐ *	Neen ☐
BOX C – IK HEB, OF HEB GEHAD:		
Heelkundige ingreep aan de sinussen in de afgelopen 6 maanden.	Ja ☐ *	Neen ☐
Een aandoening of een operatie aan het oor / de oren, gehoorverlies of evenwichtsproblemen.	Ja ☐ *	Neen ☐
Terugkerende sinusitis in de afgelopen 12 maanden.	Ja ☐ *	Neen ☐
Oogoperatie in de afgelopen 3 maanden.	Ja ☐ *	Neen ☐
BOX D – IK HEB, OF HEB GEHAD:		
Een hoofdletsel met bewustzijnsverlies in de afgelopen 5 jaar.	Ja ☐ *	Neen ☐
Aanslepende neurologische ziekte of letsel.	Ja ☐ *	Neen ☐
Terugkerende migraine hoofdpijn in de afgelopen 12 maanden, of: ik neem medicijnen om ze te voorkomen.	Ja ☐ *	Neen ☐
Black-outs of flauwvallen (volledig/gedeeltelijk bewustzijnsverlies) in de afgelopen 5 jaar.	Ja ☐ *	Neen ☐
Epilepsie, stuipen, of: ik neem medicijnen om ze te voorkomen.	Ja ☐ *	Neen ☐
BOX E – IK HEB, OF HEB GEHAD:		
Gedragstoornissen, mentale of psychische problemen die medische/psychiatrische behandeling vereisen.	Ja ☐ *	Neen ☐
Ernstige depressie, zelfmoordgedachten, paniekaanvallen, ongecontroleerde bipolaire stoornis die medicatie en/of psychiatrische behandeling vereisen.	Ja ☐ *	Neen ☐
Gediagnosticeerd met een geestesziekte of een leer- of ontwikkelingsstoornis die voortdurende zorg of bijzondere aanpassingen vereist.	Ja ☐ *	Neen ☐
Een drugs- of alcoholverslaving die behandeling nodig had in de afgelopen 5 jaar.	Ja ☐ *	Neen ☐
BOX F – IK HEB, OF HEB GEHAD:		
Terugkerende rugproblemen in de laatste 6 maanden die mijn dagelijkse activiteit beperken.	Ja ☐ *	Neen ☐
Heelkundige ingreep aan de rug of de ruggengraat in de afgelopen 12 maanden.	Ja ☐ *	Neen ☐
Diabetes, behandeld met medicatie of dieet; of zwangerschapsdiabetes in de afgelopen 12 maanden	Ja ☐ *	Neen ☐
Een niet-behandelde hernia die mijn fysieke capaciteiten beperkt.	Ja ☐ *	Neen ☐
Actieve of onbehandelde wonden, chronische wonden of operaties voor chronische wonden in de afgelopen 6 maanden.	Ja ☐ *	Neen ☐
BOX G – IK HEB GEHAD:		
Stoma chirurgie, waarbij ik geen medische goedkeuring heb om te zwemmen of deel te nemen aan lichamelijke activiteiten.	Ja ☐ *	Neen ☐
Uitdroging (dehydratie) die een medische behandeling nodig had in de afgelopen 7 dagen.	Ja ☐ *	Neen ☐
Actieve of onbehandelde maag- of darmzweren of een maagzweeroperatie in de afgelopen 6 maanden.	Ja ☐ *	Neen ☐
Frequent last van brandend maagzuur, oprispingen, of gastro-oesofageale reflux ziekte (GERD).	Ja ☐ *	Neen ☐
Actieve of niet-gestabiliseerde Colitis Ulcerosa of Ziekte van Crohn.	Ja ☐ *	Neen ☐
Bariatrische chirurgie in de afgelopen 12 maanden.	Ja ☐ *	Neen ☐

Duikmedisch Onderzoek | Evaluatieformulier in te vullen door de arts

De bovengenoemde persoon vraagt uw opinie over zijn/haar medische geschiktheid om deel te nemen aan recreatieve duik- of freediving training of -activiteiten. Indien nodig, kan U op de website uhms.org informatie vinden over medische aandoeningen die betrekking hebben op het duiken. Bekijk de onderdelen die relevant zijn voor uw patiënt als onderdeel van uw evaluatie.

Evaluatie resultaat

☐ Goedgekeurd – Ik vind geen aandoeningen die ik onverenigbaar acht met recreatief duiken of freediven.

☐ Afgekeurd – Ik vind aandoeningen die ik onverenigbaar acht met recreatief duiken of freediving.

Handtekening van gecertificeerde arts of andere wettelijk gecertificeerde medische zorgverlener

Datum (dd/mm/jjjj)

Naam onderzoekende Arts _____

(Drukletters)

Specialiteit / Bijzondere bekwaamheid duikgeneeskunde _____

Kliniek/Ziekenhuis _____

Adres _____

Telefoon _____

Email _____

Stempel Arts / Kliniek (optioneel)

Opgesteld door het [Diver Medical Screen Committee](#) in samenwerking met de volgende instanties:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego