

INVULLEN IN BLOKLETTERS A.U.B.

Naam: _____ Voornaam: _____

Adres: _____ Geslacht: Man/Vrouw

Postcode: _____ Geboortedatum: _____

Woonplaats: _____ Paspoortnummer: _____



EIGEN VERKLARING:

- Ik ben MOMENTEEL verkouden
- Ik ben regelmatig verkouden
- Ik heb een allergie (b.v. hooikoorts)
- Ik heb MOMENTEEL een oorontsteking
- Ik kan mijn oren niet goed klaren
- Ik ben geopereerd aan mijn oren
- Ik heb andere problemen met mijn oren
- Ik draag een bril of lenzen, L: ___ R: ___
- Ik heb regelmatig hoofdpijn of migraine
- Ik heb een hoofdverwonding (gehad)
- Ik heb een rugverwonding (gehad)
- Ik heb rugklachten (b.v. Hernia)
- Ik heb Astma (gehad)
- Ik heb last van inspanningsastma
- Ik heb een longemfyseem
- Ik heb tuberculose(gehad)
- Ik heb bronchitis(gehad)
- Ik heb een ingeklapte long gehad
- Ik heb ademhalingsmoeilijkheden(gehad)
- Ik ben aan mijn longen geopereerd
- Ik heb een bloedziekte(hemofilie)
- Ik heb last van een verhoogde bloeddruk
- Ik heb een bloedziekte
- Ik heb hartklachten(gehad)
- Ik ben aan mijn hart geopereerd
- Ik heb een motorische beperking
- Ik ben een diabeet
- Ik heb een huidziekte(b.v. eczeem)
- Ik heb last van engtevrees(claustrofobie)
- Ik ben recent geopereerd
- Ik ben recent ernstig ziek geweest
- Ik heb een decompressieziekte gehad
- Ik ben in verwachting
- Ik rook meer dan 20 sigaretten per dag
- Ik gebruik momenteel medicijnen

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

Datum

Handtekening

Datum

Handtekening ouders/voogd (indien van toepassing)