MEDISCH ATTEST
OMMEWEG SWIMMING CLUB
KOUD WATER TRAINING WINTER 2025-2026

vzw OmmeWeg
Turning detours into dreams

Geldig gedurende 12 maanden vanaf de datum van ondertekenen
Naam _____
Voornaam _____

SECTIE A – GEGEVENS VAN DE ZWEMMER

(in te vullen door de zwemmer)
Geboortedatum (DD/MM/JJJJ): _____
GESLACHT: _____ M/V/O_____
Adres: _____
Plaats / Stad: _____
Postcode: _____
Land: _____
E-mailadres: _____
Telefoonnummer: _____
Beroep: _____
Naam contactpersoon in noodgeval: _____
Relatie tot zwemmer: _____
Telefoonnummer: _____

SECTIE A1 – GEGEVENS OVER HET OPEN WATER ZWEMMEN
(in te vullen door de zwemmer)
Maximaal gezwommen zwemafstand (in meters) met pak: _____
Maximaal gezwommen zwemafstand (in meters) zonder pak: _____
Aantal keer gezwommen in zee meer dan 1000m _____

SECTIE B – MEDISCHE GESCHIEDENIS VAN DE ZWEMMER

(in te vullen door de zwemmer)

ZWEMMER: Heeft u ooit ervaren of bent u zich bewust van: *(Ja/Nee – indien ja, geef korte toelichting)*

1. Hoge bloeddruk (hypertensie)?

2. Hartkloppingen? (Onregelmatige hartslag of een snel kloppend hart)?

3. Een hartaandoening of een beroerte gehad? (Zo ja, datum van het laatste voorval)

4. Flauwvallen of buiten bewustzijn raken tijdens of na inspanning?

5. Een onverwachte duizelige aanval tijdens of na inspanning?

6. Pijn, beklemming of zwaarte op de borst tijdens of na inspanning?

7. Bent u kortademig of sneller vermoeid dan anderen tijdens inspanning?

8. Heeft u een pacemaker of defibrillator? (Zo ja – datum van plaatsing)

9. Heeft u het syndroom van Marfan (een erfelijke aandoening van het bindweefsel)?

FAMILIEGESCHIEDENIS – Cardiovasculair *(in te vullen door de zwemmer)*

10. Heeft een direct familielid een hartaanval of plotselinge hartdood gehad vóór de leeftijd van 50 jaar?

11. Is bij een direct familielid een hartaandoening vastgesteld, zoals cardiomyopathie, het syndroom van Marfan, Long QT-syndroom, hartritmestoornissen, of heeft deze een pacemaker nodig?

ZWEMMER: Heeft u? *(in te vullen door de zwemmer)*

12. Een aandoening aan de luchtwegen? – bijv. astma, slaapapneu, anders:

13. Een astma-aanval gehad waarvoor dringende medische hulp nodig was in de afgelopen 12 maanden?

14. Maag- of darmproblemen? Reflux, inflammatoire darmziekte, prikkelbare darm, anders?

15. Bloedingsstoornissen of eerder bloedstolsels gehad?

16. Epilepsie, Parkinson, migraine, anders:

17. Aandoeningen aan het bewegingsapparaat of reumatische klachten:

18. Ogen – Visuele problemen:

19. Endocriene aandoeningen: bijv. diabetes, schildklierproblemen, anders:

20. Psychiatrische aandoeningen: bijv. depressie, angst, ADHD, ASS, enz.:

21. Huidproblemen: psoriasis, eczeem, enz.:

22. Andere medische aandoeningen of beperkingen die nog niet zijn genoemd:

23. Eerdere operaties: (Lijst van operaties)

24. Huidige medicatie:

25. Allergieën:

26. Bent u in de afgelopen vijf jaar opgenomen in het ziekenhuis? (Zo ja, waarom?)

27. Is u ooit een levensverzekering geweigerd? (Zo ja, waarom?)

28. Is u ooit verteld dat het gevaarlijk is om deel te nemen aan fysieke activiteiten? (Zo ja, waarom?)

29. Eerdere ervaring met zwemmen in koud water:

---

30. Data en afstanden in de afgelopen twee jaar:

---

31. Eerdere problemen met opwarming – onderkoeling, hartritmestoornissen? (Zo ja, wat gebeurde er?)

---

32. Hoogte-ervaringen: (Zo ja, geef details)

---

33. Eerdere problemen op hoogte: (Zo ja, geef details)

---

34. Opmerkingen:

VERKLARING VAN DE ZWEMMER:

Ik, _____ verklaar hierbij dat ik, naar mijn beste weten, in goede algemene gezondheid verkeer en dat ik alle informatie heb verstrekt die relevant is voor deze beoordeling en mogelijk van belang is voor mijn koud water trainingen met en / of zonder wetsuit .
Tijdens deze beoordeling geef ik mijn arts en het medisch personeel toestemming om relevante informatie te delen met mijn zwemtrainers en begeleiders/redders binnen zwemclub OSC.
Ik ben mij ervan bewust dat koud water zwemmen een extreme mentale en fysieke uitdaging is. Ik ben verplicht om OSC en het medisch en veiligheidspersoneel op de hoogte te brengen van eventuele wijzigingen in mijn gezondheidstoestand.

Ik erken hierbij dat het zwemmen op eigen risico gebeurt. Ik begrijp alle betrokken risico's en houd niemand die betrokken is bij mijn zwemtochten verantwoordelijk voor enig ongeval dat mij zou kunnen overkomen als gevolg van dit zwemmen.

Datum: _____

Handtekening: _____

SECTIE C – VOOR DE ONDERZOEKENDE ARTS

De hierboven genoemde persoon wenst deel te nemen aan een koud water zwem trainingen met wetsuit en/of zonder wetsuit *(schrappen wat niet past*)
Een koud water training vereist dat de zwemmer zwemt in water met een temperatuur van 16°C of lager, verplicht met zwemboei! En gekleed in een standaard badpak of wetsuit, badmuts en een zwembril. Neopreen badmuts, handschoenen en schoenen, extra onderpak zijn een bijkomende optie

Gelieve hieronder uw beoordeling weer te geven:

MEDISCHE VOORKEURING

Gewicht: _____ kg
Lengte: _____ cm
BMI: _____
Lichaamstemperatuur: _____ °C
Tailleomtrek: _____ cm
Zwanger: _____
Beperking of handicap: _____

ALGEMEEN ONDERZOEK

Hartslag: _____
Bloeddruk: _____
Cardiovasculair onderzoek:

Ademhalingsfrequentie: _____
Zuurstofsaturatie (SpO_2): _____
Pieksstroom (Peak Flow): _____
Onderzoek ademhalingsstelsel:

KEEL-, NEUS- EN OORHEELKUNDE (KNO):

Trommelvliezen: _____
Keelholte (farynx): _____
Buikonderzoek:

Neurologisch onderzoek:

ECG / EKG-beoordeling:

VERKLARING VAN DE ARTS

Na mijn medisch onderzoek heb ik geen medische bezwaren vastgesteld die het voor de bovenstaande zwemmer onmogelijk zouden maken om deel te nemen aan een koud water trainingen.

Volledige naam arts: _____
Datum: _____
Adres praktijk: _____
E-mailadres: _____
Kwalificaties / diploma's: _____
Handtekening: _____