

EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

— TANFOLYAMI HALGATÓ ADATAI — BIZALMAS INFORMÁCIÓ —

Kérem olvassa el figyelmesen, mielőtt aláírja

Ez a nyilatkozat felvilágosítja Önt a készülékes merülésnél felmerülhet kockázatokra és arról, hogy milyen magatartást kívánunk meg Öntől a merülések során. Az Ön aláírására van szükség ahhoz, hogy részt vehessen ezen a készülékes merülési oktatáson, melynek

Oktatója: _____

Dive centere: _____

Város: _____

Ország: _____

Olvassa el és beszélje meg ezt a Nyilatkozatot, mielőtt aláírja! A tanfolyamon való részvételhez ki kell tölteni ezt az Egészségügyi Nyilatkozatot, melynek van egy Kórelőzmény része. Amennyiben kiskorú, akkor az egyik szülővel is alá kell írnia ezt a Nyilatkozatot.

A búvárokodás izgalmas és fizikai igénybevételt megkövetelő tevékenység. Amennyiben helyesen, megfelelő technikával végzik, akkor biztonságos. Veszélyes lehet azonban, ha nem tartják be az előírt biztonsági intézkedéseket.

A biztonságos készülékes merüléshez szükség van arra, hogy Ön ne legyen túlsúlyos, leromlott fizikai állapotban. Bizonyos körülmények között a merülés megerőltető lehet. Légző és keringési rendszerének egészségesnek kell lennie. A légutaknak rendben és egészségeseknek kell lenniük. Nem merülhetnek azok a személyek, akik szívbetegségben, megfázásban, epilepsziában, asztmában vagy más súlyos egészségügyi problémában szenvednek, illetve alkohol vagy gyógyszeres kezelés alatt állnak. Amennyiben gyógyszert szed, beszéljen orvosával és az Oktatójával, mielőtt részt venne a tanfolyamon. A készülékkel való merüléshez Oktatójától meg kell tanulnia a légzéssel és a kiegyenlítéssel kapcsolatos biztonsági szabályokat is. A készülék helytelen használata komoly balesethez vezethet. Felkészült Oktatók rendkívül alapos felügyelete szükséges a készülék biztonságos használatának az elsajátításához.

Amennyiben bármilyen kérdése lenne az Egészségügyi Nyilatkozatot vagy a Kórelőzmény részt illetően, nézze át és beszélje meg Oktatójával mielőtt aláírja.

KÓRELŐZMÉNY

A résztvevőhöz:

Ennek az egészségügyi kérdőívnek a célja, hogy megállapítsa, hogy Önnek szüksége van-e orvosi vizsgálatra, mielőtt részt venne a kedvtelési búvár tanfolyamon. Amennyiben igennel válaszol az egyik kérdésre, az még nem feltétlenül zárja Önt ki a búvárokodás lehetősége alól. Egy igenlő válasz azt jelenti, hogy van egy meglévő tényező, amely befolyásolhatja az Ön biztonságát a merülés során és Önnek ki kell kérnie az orvos véleményét.

Kérjük legyen szíves **IGEN** vagy **NEM** választ adni az Ön múltbéli és jelenlegi kórtörténetéről. Kérjük, hogy **IGEN** választ adjon mindazokra a kérdésekre, amelyekben nem biztos. Amennyiben a listán szereplő problémák közül egy Önnél fenn áll, meg kell kérnünk arra, hogy forduljon orvoshoz, mielőtt részt venne a tanfolyamon. Oktatója ad Önnek egy Egészségügyi Nyilatkozatot, valamint egy útmutatót a kedvtelési búvárokodás egészségügyi vizsgálatához, melyet orvosának is látnia kell.

- ___ Terhes-e Ön, vagy próbálkozik teherbe esni jelenleg?
- ___ Rendszeresen szed-e csak vényre vagy anélkül is kapható gyógyszereket? (kivétele: antibab)
- ___ Erre a kérdésre csak akkor adjon IGEN választ, ha Ön 45 éves elmúlt és
 - Jelenleg pipázik, cigarettázik, szivarozik?
 - Magas a koleszterinszintje?
 - Családjában gyakori a szívbetegség és a szélütés?
 - Orvosi kezelés alatt áll?
 - Magas a vérnyomása?
 - Cukorbetegsége van, még akkor is, ha csak diétával kezelte?

ELŐFORDULT-E ÖNNÉL VAGY JELENLEG IS SZENVED AZ ALÁBBI BETEGSÉGEKTŐL?

- ___ Asztma, sípóló légzés testedzéskor?
- ___ Szénanátha vagy allergiás súlyos gyakori roham?
- ___ Gyakori megfázás, arc és melléküreg gyulladás (bronhitis)?

- ___ Volt-e bármilyen tüdő betegsége?
- ___ Volt-e légmelle (Pneumotrax)?
- ___ Volt-e mellkasi operációja?
- ___ Volt vagy van-e viselkedészavara, klausztrofóbiája vagy agorafóbiája (bezártság vagy tömegiszony)?
- ___ Epilepszia vagy más rohamok, görcsök illetve ezek ellen szed-e gyógyszert?
- ___ Volt vagy van-e visszatérő migrénes fejfájása vagy szed-e ez ellen gyógyszert?
- ___ Volt-e eszméletvesztése, ájulása (teljes vagy részleges)?
- ___ Van-e Önnek kinetóziisa (tengeri betegség, ugyanez gépjárműben)?
- ___ Kiszáradásos betegség, amire gyógyszert szed?
- ___ Volt valaha búvárbalesete vagy dekompressziós betegsége?
- ___ Problémát jelent Önnek mérsékelt testedzést végezni? (Pl.: 12 perc alatt 1,6km gyaloglás)
- ___ Volt-e eszméletvesztéssel együtt járó fejsérülés az elmúlt öt évben?

- ___ Van-e Önnek krónikus hátproblémája?
- ___ Volt-e operálva a háta vagy gerince?
- ___ Volt vagy van-e cukorbetegsége?
- ___ Volt-e hát, kar vagy láb problémája, mely töréssel járt és operálni kellett?
- ___ Fenn áll-e Önnél magas vérnyomás illetve szed-e erre gyógyszert?
- ___ Volt vagy van-e szívbetegsége?
- ___ Volt vagy van-e szívroham?
- ___ Volt-e angina, szív és érsebészeti műtétje?
- ___ Volt-e arcüreg műtétje?
- ___ Volt vagy van-e fülbetegsége, hallássérülése vagy egyensúlyi problémái?
- ___ Volt vagy van-e visszatérő fülproblémája?
- ___ Volt vagy van-e vérzéses rendellenessége, vérzékenysége?
- ___ Volt vagy van-e sérve?
- ___ Volt vagy van-e fekélye, fekélyműtétje?
- ___ Volt vagy van-e vastag-, vékonybél problémája?
- ___ Volt vagy van-e gyógyszer-, drog- vagy alkoholfüggősége az elmúlt öt évben?

Az információ, melyet kórtörténetemről nyújtok a legjobb tudomásom szerint töltöttem ki. Tudomásul veszem, hogy engem terhel a felelősség, amennyiben a fentebb megválaszolt kérdésekre valótlan választ adtam.

ALÁÍRÁS _____

DÁTUM _____

SZÜLŐ VAGY GONDVISELŐ ALÁÍRÁSA _____

DÁTUM _____

TANULÓ

(kérjük nyomtatott betűvel olvashatóan kitölteni)

Név _____ Születési dátum ____ / ____ / ____ Kor _____

Levelezési cím (utca) _____

Város _____ Megye _____

Ország _____ Irányítószám _____

Telefon (____) _____ Telefon 2 (____) _____

FAX(____) _____ e-mail _____ @ _____ . _____

A házi orvos neve és címe

Orvos _____ Kórház/rendelő _____

Cím _____ - _____ Telefon (____) _____

Utolsó vizsgálat időpontja _____

Vizsgálatot végrehajtó neve _____ Kórház/rendelő _____

Cím _____ Telefon (____) _____

Volt-e orvosi vizsgálatnak alávetve búvárkodás miatt? Igen Nem Ha igen, mikor ____ / ____ / ____

ORVOS

A fent említett személy sűrített-levegős könnyűbúvár tanfolyamra jelentkezik vagy jelenleg könnyűbúvárként van nyilvántartva. Kérjük adjon véleményt a megnevezett személy egészségügyi állapotáról a sűrített-levegős könnyűbúvárkodás szempontjából. Kérem, szíveskedjen átnézni a Kedvtelési Búvárkodás Egészségügyi Vizsgálathoz kiadott útmutatót.

Az orvos szakvéleménye

- Nem találtam semmi olyan egészségügyi problémát, amely összeférhetetlen a sűrített-levegős könnyűbúvárkodással.
 A megvizsgált személynek nem javaslom a sűrített-levegős könnyűbúvárkodást.

Megjegyzés _____

Átnéztem a Kedvtelési Búvárkodás Egészségügyi Vizsgálathoz kiadott útmutatót.

Dr. _____
Vizsgáló orvos aláírása

P.H.

Dátum _____

Orvos _____ Kórház/rendelő _____

Cím _____ Telefon (____) _____