

SCUBA SCHOOLS INTERNATIONAL

EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

— TANFOLYAMI HALGATÓ ADATAI — BIZALMAS INFORMÁCIÓ —

Kérem olvassa el figyelmesen, mielőtt aláírja

Ez a nyilatkozat felvilágosítja Önt a készülékes merülésnél felmerülhető 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: Mózes Gábor 51136 Dive centre: Diving School DeepAir Club Város: Budapest Ország: Magyarország

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 búvárkodás 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 baleseteket okozhat. 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 egészségügy 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 búvárkodás 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 búvárkodás 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? (kivétel: antibaby)

___ 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, sípoló 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, klausztofóbiája 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 kinetózis (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 szívrohama?
 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.

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 _____ Korház/rendelő _____ Cím _____
 _____ - _____ Telefon (____) _____ Utolsó
 vizsgálat időpontja _____ Vizsgálatot
 végrehajtó neve _____ Korház/rendelő _____ Cím _____
 _____ Telefon (____) _____ Volt-e
 orvosi vizsgálatnak alávetve bűvárkodás miatt? o Igen o Nem Ha igen, mikor ___/___/___

Hozzájárulok hogy fent írt Tanuló részt vegyen Mózes Gábor # 51136 SSI Open Water Diver instructor által felügyelt Búvár programon.

Aláírás:

Dátum: 2020.

Szülő / gondviselő aláírása:

Dátum: 2020.

