



# MEDICAL STATEMENT / LÉKAŘSKÉ PROHLÁŠENÍ

## Záznam účastníka (Důvěrná Informace)

### Prosíme, čtěte pečlivě před podpisem

Toto je prohlášení, které vás informuje o některých možných rizicích týkajících se přístrojového potápění a o chování, které se od Vás vyžaduje během potápěčského výcviku. Váš podpis na tomto prohlášení je vyžadován pro vaši účast v potápěčském kursu nabízeném

v \_\_\_\_\_ a  
Instruktor  
\_\_\_\_\_  
Zařízení

Se sídlem v \_\_\_\_\_ ve státě \_\_\_\_\_.

Přečtěte si a prodiskutujte toto prohlášení před podpisem. Musíte vyplnit toto lékařské prohlášení, které zahrnuje část o zdravotní minulosti, aby jste se mohl(a) zapsat do tréninkového programu přístrojového potápění. Jestliže jste nezletilý(á), musí toto Prohlášení podepsat jeden z rodičů.

Potápění je vzrušující a náročná aktivita. Když je prováděno správně, s používáním správné techniky, je poměrně bezpečné. Jsou - li stanovené bezpečnostní postupy jakkoliv porušovány,

zvýší se nebezpečí.

Abyste se potápěli bezpečně, nesmíte mít extrémní nadváhu nebo být ve špatné kondici. Potápění může být za jistých okolností náročné. Vaše dýchací cesty a oběhový systém musí být v pořádku. Všechny vzduchové tělní dutiny musí být normální a zdravé. Osoba se srdečními potížemi, častým nachlazením nebo rýmou, epilepsií, vážnými zdravotními problémy nebo pod vlivem alkoholu nebo drog by se neměla potápět. Jestliže máte astma, srdeční onemocnění, další chronické zdravotní potíže nebo jestliže užíváte léky k jejich regulaci, měli byste se poradit před účastí v kursu se svým lékařem a instruktorem, a na tomto základě také po dokončení. Také se naučíte od instruktora důležitá bezpečnostní pravidla týkající se dýchání a vyrovnávání tlaku během potápění s přístrojem. Nesprávné použití potápěčské výstroje může mít za důsledek vážné poranění. Musíte být pod přímým dohledem kvalifikovaného instruktora přesně poučen(a), jak výstroj používat, abyste ji používal(a) bezpečně.

Jestliže máte nějaké doplňující otázky týkající se tohoto lékařského prohlášení nebo části o zdravotní minulosti, prodiskutujte je před podpisem se svým instruktorem

## ZDRAVOTNÍ MINULOST

### Účastníkovi:

Účelem tohoto zdravotního dotazníku je zjistit, jestli by jste měl(a) být před účastí v kursu rekreačního potápění vyšetřen vašim lékařem. Kladná odpověď na otázku vás nutně nečiní nezpůsobilým pro potápění. Kladná odpověď znamená, že zde předem existuje okolnost, která může ovlivnit vaši bezpečnost při

potápění a musíte vyhledat radu u svého lékaře předtím, než se zúčastníte potápěčských aktivit.

Prosíme, odpovězte na následující otázky o vaši zdravotní minulosti i současném zdravotním stavu ANO nebo NE. Jestliže si nejste jistý(á), odpovězte ANO. Jestliže se Vás některá z těchto otázek týká, musíme vás před účastí na potápění požádat o konzultaci s vaším lékařem. Váš instruktor vám poskytne PADI Lékařské prohlášení a Poučení s pokyny pro lékařské vyšetření rekreačního potápěče, které odevzdáte vašemu lékaři.

- \_\_\_\_ Můžete být těhotná nebo se o otěhotnění pokoušíte?
- \_\_\_\_ Užíváte pravidelně léky na předpis? (s výjimkou antikoncepce nebo anti-malarií)
- \_\_\_\_ Jste starší 45-ti let a máte alespoň jedno z následujících?
  - pravidelně kouříte lulkou, doutníky nebo cigarety
  - máte vysokou hladinu cholesterolu
  - máte v rodinné anamnéze srdeční záchvaty nebo mrtvice
  - jste nyní v lékařské péči
  - máte vysoký krevní tlak
  - máte diabetes, pouze kontrolovaný dietou

- \_\_\_\_ Úplavice nebo dehydratace vyžadující lékařskou péči?
- \_\_\_\_ Nehody při potápění nebo dekompresní nemoc?
- \_\_\_\_ Opakující se problémy se zády v minulosti?
- \_\_\_\_ Neschopnost vykonávat mírnou fyzickou zátěž /např. ujit 1,6 km během 12 min/?
- \_\_\_\_ Zranění hlavy provázené ztrátou vědomí v posledních pěti letech?
- \_\_\_\_ Opakující se problémy zad
- \_\_\_\_ Operace zad nebo páteře?
- \_\_\_\_ Cukrovka?
- \_\_\_\_ Problémy se zády, horními nebo dolními končetinami po operaci, zranění nebo zlomenině?
- \_\_\_\_ Vysoký tlak v minulosti nebo užíváte léky k jeho usměrnění?
- \_\_\_\_ Srdeční onemocnění?
- \_\_\_\_ Srdeční záchvat?
- \_\_\_\_ Angína, operace srdce nebo operace žil?
- \_\_\_\_ Operace uší nebo dutin?
- \_\_\_\_ Operace uší, ztráta sluchu nebo problémy s rovnováhou?
- \_\_\_\_ Opakující se problémy uší?
- \_\_\_\_ Krvácení nebo poruchy srážlivosti krve?
- \_\_\_\_ Kýla?
- \_\_\_\_ Vředy nebo operace vředů?
- \_\_\_\_ Operace střev nebo umělý vývod tlustého střeva?
- \_\_\_\_ Užívání drog nebo požívání alkoholu v posledních pěti letech.

### Měl(a) jste někdy nebo v současné době máte...

- \_\_\_\_ Astma, záchvat při dýchání nebo dýchavičnost při tělesném pohybu?
- \_\_\_\_ Častý nebo těžký záchvat senné rýmy nebo alergie?
- \_\_\_\_ Časté rýmy, záněty dutin nebo bronchitidy?
- \_\_\_\_ Jakákoliv forma onemocnění plic?
- \_\_\_\_ Pneumotorax (selhání plic)?
- \_\_\_\_ Jiné nemoci hrudníku nebo operace?
- \_\_\_\_ Problémy s chováním, mentální nebo psychologické problémy (záchvaty paniky, strach z uzavřených nebo otevřených prostor)?
- \_\_\_\_ Epilepsie, záchvaty, křeče nebo užíváte léky k jejich zabránění?
- \_\_\_\_ Opakující se migrény, bolesti hlavy nebo užíváte léky k jejich zabránění?
- \_\_\_\_ Ztráty vědomí nebo omdlávání (úplné nebo částečné ztráty vědomí)?
- \_\_\_\_ Trpíte často nebo silně nemocemi z pohybu (mořská nemoc, nevolnost z jízdy autem)?

**Informace, které jsem poskytl (a) o mé lékařské minulosti jsou přesné podle mého nejlepšího vědomí. Souhlasím, že přejímám zodpovědnost za opomenutí informace, která se týká mého poškození, přiznáním současného zdravotního stavu nebo v minulosti.**

Podpis  
PRODUCT NO. 10063 (Rev. 09/01) Version 2.0

Datum

Podpis Rodiče nebo poručenika  
© International PADI, Inc. 1989, 1990, 1998, 2001  
© Recreational Scuba Training Council, Inc. 1989, 1990, 1998, 2001

Datum

## STUDENT

---

### Prosím, vyplňte čitelně

Jméno \_\_\_\_\_ Datum narození \_\_\_\_\_ Věk \_\_\_\_\_  
Křestní                          Prostřední                          Příjmení                          Den/Měsíc/Rok

Poštovní Adresa \_\_\_\_\_

Město \_\_\_\_\_ Stát/Kraj/Region \_\_\_\_\_

Země \_\_\_\_\_ Poštovní Směrovací číslo \_\_\_\_\_

Telefon domů (       ) \_\_\_\_\_ Pracovní telefon (       ) \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ FAX (       ) \_\_\_\_\_

### Jméno a adresa vaší rodiny nebo první lékařské pomoci

Lékař \_\_\_\_\_ Klinika/Nemocnice \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Datum posledního lékařského vyšetření \_\_\_\_\_

Jméno vyšetřujícího \_\_\_\_\_ Klinika/Nemocnice \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Telefon (       ) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Byl jste již někdy požádán o lékařské vyšetření pro potápění?  Ano  Ne Pokud ano, kdy? \_\_\_\_\_

## LÉKAŘ

---

Tato osoba žádá o trénink nebo je v současné době kvalifikována pro potápění s přístrojem (automatický podvodní dýchací přístroj). Žádáme vás o posouzení uchazečovy zdravotní způsobilosti pro přístrojové potápění. Najdete přiložené pokyny pro vaši informaci a odvolání se.

### Lékařský posudek

- Nejistil jsem žádné zdravotní potíže, které by se neslučovaly s potápěním.  
 Nemohu doporučit tohoto jedince pro potápění.

Poznámky \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Podpis lékaře nebo zákonného zástupce zdravotního praktika

(Den/Měsíc/Rok)

Lékař \_\_\_\_\_ Klinika/Nemocnice \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Telefon (       ) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_