

HELBREDSEKTLÆRING

Fortrolige oplysninger

Gennemlæs dette grundigt før du underskriver.

Dette er en erklæring, hvori du oplyses om nogle potentielle risici ved dykning og den adfærd, der kræves af dig i forbindelse med den aktivitet, du nu skal deltage i. Du skal underskrive denne erklæring for at kunne deltage på kurset eller aktiviteten, som arrangeres af:

instruktør: _____

Dykkercenter/Skole: _____

Gennemlæs dette nøje, før du underskriver. Du skal udfylde denne helbredserklæring, der indeholder din helbredshistorie, inden du kan deltage i dykkeaktiviteter. Hvis du er mindreårig, skal denne erklæring også underskrives af dine forældre eller værge

Dykning er en spændende og krævende aktivitet. Dykning er relativ sikker, når den udføres korrekt og de korrekte teknikker anvendes. Når de etablerede sikkerhedsprocedurer ikke følges, så stiger risikoen.

Helbredshistorie

Til deltageren:

Formålet med disse helbredsmæssige spørgsmål, er at klarlægge om du skal undersøges af din læge, inden du deltager på denne aktivitet eller dette kursus. Et positivt svar på ét eller flere af spørgsmålene, betyder ikke nødvendigvis, at du ikke kan dykke. Et positivt svar betyder, at der måske er en helbredsmæssig tilstand, der kan påvirke sikkerheden under dykningen, og at du derfor SKAL søge råd hos din læge.

- _____ Kunne du være gravid eller planlægger du graviditet?
- _____ Tager du regelmæssigt receptpligtigt medicin eller anden medicin (svangerskabsforebyggende og malariamedicin undtaget)?
- _____ Er du over 45 år og gælder noget af følgende:
 - • Ryger, cigar eller cigaretter?
 - • Har et højt kolesteroltal?
 - • Har haft hjerteanfald eller anfald i familien?
 - • Modtager medicinsk behandling?
 - • Har for højt blodtryk?
 - • Har Diabetes Mellitus, selvom det kontrolleres af diet?

Har du eller har du tidligere haft....

- _____ Astma, vejrtrækningsproblemer, (pibende vejrtrækning) når du motioner?
- _____ Hyppige eller kraftige angreb af høfeber eller allergi?
- _____ Hyppige forkølelser, bihuleproblemer eller bronchitis?
- _____ Nogen form for lungesygdom?
- _____ Pneumothorax (sammenklappede lunger)?
- _____ Andre sygdomme i brystet eller operation i brystkassen
- _____ Adfærdsmæssige, mentale eller psykologiske problemer (panikanfald eller angst for lukkede eller åbne rum/pladser)?
- _____ Epilepsi, krampeanfald, krampetrækninger eller tager medicin for det?
- _____ Periodisk migræne eller tager medicin for det?
- _____ Tidligere haft besvimelser eller "black out" (helt eller delvist mistet bevidstheden)?
- _____ Lider ofte eller kraftigt af transportsyge (køre- eller søsyge)?

For at kunne dykke sikkert, må du ikke være overvægtig eller være i dårlig form. Dykning kan være meget anstrengende under visse forhold. Dit åndedræts- og cirkulationssystem skal være sundt. Alle kroppens hulrum skal være normale og sunde. En person med hjerteproblemer, forkølelse, forstoppelse, epilepsi, astma, et alvorligt medicinsk problem, eller som er under indflydelse af alkohol eller narkotika, må ikke dykke.

Hvis du tager medicin, skal du kontakte din læge og din instruktør før du deltager på denne aktivitet eller dette kursus. Hvis du fortsætter med at tage medicin, bør du regelmæssigt gå til lægen, hvis du er aktiv dykker. Du vil af din instruktør lære de vigtige sikkerhedsregler, som gælder for vejrtrækning og trykudligning under dykning. Forkert anvendelse af dykkerudstyr kan føre til alvorlige skader. Du skal instrueres grundigt i brugen af dykkerudstyr under direkte opsyn af en kvalificeret instruktør, så du kan lære at anvende det rigtigt.

Har du yderligere spørgsmål angående denne erklæring eller din helbredshistorie, kan du spørge din instruktør eller din læge, før du underskriver..

Besvar venligst følgende spørgsmål med **JA** eller **NEJ**. Hvis du er i tvivl, er svaret **JA**. Hvis nogle af disse omstændigheder er gældende for dig, beder vi dig kontakte din læge, før du deltager i denne aktivitet/dykning. Din instruktør vil give dig et skema med en komplet vejledning, som lægen kan benytte.

- _____ Dysenteri eller dehydrering, som kræver medicinsk behandling?
- _____ Dykkersyge eller trykfaldssyge?
- _____ Svært ved at udføre moderate motionsøvelser (gå 1600 meter på under 12 minutter)?
- _____ Hovedskade eller mistet bevidstheden i løbet af de sidste 5 år?
- _____ Vedvarende rygproblemer?
- _____ Gennemgået rygoperation?
- _____ Diabetes (sukkersyge)?
- _____ Problemer med arme, ben eller nakke/ryg efter ulykke eller brud?
- _____ Højt blodtryk eller tager medicin for at kontrollere det?
- _____ Hjertesygdom?
- _____ Hjerteanfald?
- _____ Angina/hjerteoperation eller operation i blodkar?
- _____ Bihuleoperation?
- _____ Øresygdom eller -operation, mistet hørelse eller balanceproblemer?
- _____ Hyppige problemer med ørene?
- _____ Blødninger eller andre blodsygdomme?
- _____ Brok?
- _____ Mavesår eller operation for samme?
- _____ Kolostomi eller ileostomi?
- _____ Misbrug af lægemidler, narkotika eller alkohol?

De oplysninger, jeg har givet, er efter min fulde overbevisning korrekte, sådan som jeg kender situationen. Jeg er bekendt med, at jeg må tage det fulde ansvar for at udelade oplysninger om åbenbare eksisterende eller tidligere medicinske forhold.

_____ Deltagers navn og underskrift

_____ Dato

_____ Forældres/værgers underskrift

_____ Dato

DELTAGEREN

Skriv venligst med BLOKBOGSTAVER

Navn (For-, mellem- og efternavn): _____ Fødselsdato: _____ Alder: _____

Adresse: _____

Postnummer: _____ Sted: _____

Land: _____ e-post: _____

Telefon privat: _____ Telefon arbejde: _____ Faxnummer: _____

Navn og adresse på egen læge

Læge: _____ Klinik/Hospital: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Dato for sidste lægeundersøgelse: _____ Lægens navn: _____

Klinik/Hospital: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Er du tidligere blevet helbredsundersøgt i forbindelse med dykning? Ja Nej Hvis ja, hvornår? _____

LÆGE

Denne person ønsker at deltage på dykkerkursus eller er certificeret dykker med SCUBA (apparatdykning). Du bedes venligst vurdere, om denne person er helbredsmæssigt egnet til dykning med luftflaske efter vedlagte retningslinier "RSTC Guidelines for Recreational Scuba Diver's Physical Examination".

This person is an applicant for training or is presently certified to engage in scuba (self contained underwater breathing apparatus) diving. Your opinion of the applicant's medical fitness for scuba diving is requested. Please review the enclosed RSTC (Recreational Scuba Training Council) Guidelines for Recreational Scuba Diver's Physical Examination

Lægens vurdering. Physician's impression

Jeg finder ingen medicinske hindringer for, at denne person kan deltage i rekreativ scubadykning.
I find no medical conditions that I consider incompatible with diving.

Jeg fraråder, at denne person deltager i rekreativ scubadykning.
I am unable to recommend this individual for diving.

Jeg har læst "RSTC Guidelines for Recreational Scuba Diver's Physical Examination".
I have reviewed Guidelines for Recreational Scuba Diver's Physical Examination

Lægens underskrift. *Physician's signature:* _____ Dato *Date:* _____

Læge *Physician:* _____ Klinik/Hospital *Clinic:* _____

Adresse *Address:* _____

Telefon *Phone:* _____ Epost *E-mail:* _____