

## МЕДИЦИНСКОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ

Запись о состоянии здоровья студента (Конфиденциальная информация)

### Пожалуйста, внимательно прочитайте перед тем, как подписывать.

В этом заявлении содержится информация о некотором риске, связанном с занятиями дайвингом, а также о правилах поведения во время прохождения курса обучения подводному плаванию. Ваша подпись под данным заявлением необходима для зачисления на курс обучения, проводимый

\_\_\_\_\_ в дайв-центре

Имя инструктора \_\_\_\_\_, расположенном в

Название дайв-центра \_\_\_\_\_

городе \_\_\_\_\_ и стране \_\_\_\_\_.

Прежде чем подписывать данное заявление, прочтите его. Для зачисления на курс обучения дайвингу Вы должны заполнить данное заявление, которое включает в себя раздел «Медицинская анкета». Если Вы являетесь несовершеннолетним, заявление должно быть подписано одним из родителей.

Дайвинг - это увлекательное занятие. Если следовать определенным правилам и придерживаться правильной техники, дайвинг достаточно безопасен. Однако если установленные правила безопасности не соблюдаются, существует определенный риск.

Чтобы занятия дайвингом были безопасны, Вы должны быть в хорошей форме и не страдать избыточным весом.

### Медицинская Анкета

#### Для студента:

Цель данной анкеты - выяснить, следует ли Вам пройти медицинский осмотр, перед тем как принимать участие в данной программе обучения любительскому дайвингу. Положительный ответ на один из вопросов вовсе не означает, что Вам противопоказаны занятия дайвингом, а лишь свидетельствует о наличии некоторых условий, которые могут создать опасность во время погружений. В случае положительного ответа Вам нужно проконсультироваться с врачом до начала занятий.

\_\_\_\_\_ Беременны ли Вы и предпринимаете ли попытки забеременеть?

\_\_\_\_\_ Принимаете ли Вы регулярно прописанные врачом медицинские препараты (исключение составляют противозачаточные средства и препараты против малярии)?

\_\_\_\_\_ Вам больше 45 лет и к Вам относится 1 или более из нижеследующих заявлений:

- Вы курите трубку, сигары или сигареты
- у Вас высокий уровень холестерина
- у Вас в семье были случаи инфаркта и инсульта
- в настоящий момент Вы проходите курс лечения
- у Вас высокое давление
- у Вас сахарный диабет, даже если он контролируется диетой

#### Есть ли у Вас сейчас или было в прошлом что-либо из перечисленного ниже:

\_\_\_\_\_ Астма или одышка при физической нагрузке или просто в процессе дыхания?

\_\_\_\_\_ Частые приступы сенной лихорадки или аллергии?

\_\_\_\_\_ Частые простуды, насморк или бронхит?

\_\_\_\_\_ Любая форма заболевания легких?

\_\_\_\_\_ Пневмоторакс (коллапс легкого)?

\_\_\_\_\_ Другие заболевания легких или хирургические вмешательства на грудной клетке?

\_\_\_\_\_ Психические расстройства или психологические проблемы (приступы паники, боязнь закрытого или открытого пространства)?

\_\_\_\_\_ Эпилепсия, приступы, конвульсии? Принимаете ли Вы медицинские препараты для их предотвращения?

\_\_\_\_\_ Частые мигрени? Принимаете ли Вы медицинские

препараты для их предотвращения?  
\_\_\_\_\_ Провалы памяти или обмороки (частичная или полная потеря сознания)?  
\_\_\_\_\_ Укачивает ли Вас в транспорте, страдаете ли Вы морской болезнью?  
Просьба ответить «ДА» или «НЕТ» на следующие вопросы относительно Вашей истории болезней. Если у Вас есть сомнения, ответьте «ДА». Если любой из этих пунктов можно отнести к Вам, необходимо, чтобы Вы проконсультировались с врачом, до того как приступить к занятиям дайвингом. Ваш инструктор предоставит Вам Медицинское заявление PADI, а также указания по проведению медицинского осмотра дайверов для Вашего врача.  
\_\_\_\_\_ Дизентерия или обезвоживание, требующее медицинского вмешательства?  
\_\_\_\_\_ Несчастные случаи при предыдущих погружениях или декомпрессионная болезнь?  
\_\_\_\_\_ Неспособность вынести умеренную физическую нагрузку (например, пройти 1,6 километра за 12 минут)?  
\_\_\_\_\_ Травмы головы, сопровождающиеся потерей сознания, за последние 5 лет?  
\_\_\_\_\_ Периодически возникающие проблемы с позвоночником?  
\_\_\_\_\_ Хирургические вмешательства на позвоночнике?  
\_\_\_\_\_ Диабет?  
\_\_\_\_\_ Боли в позвоночнике или в конечностях, возникшие вследствие хирургического вмешательства, травм или переломов?  
\_\_\_\_\_ Повышенное кровяное давление? Принимаете ли Вы медицинские препараты для его контроля?  
\_\_\_\_\_ Порок сердца?  
\_\_\_\_\_ Инфаркты?  
\_\_\_\_\_ Стенокардия или операция на сердце или сосудах?  
\_\_\_\_\_ Лор-операции?  
\_\_\_\_\_ Случаи заболевания ушей, потери слуха или нарушения равновесия?  
\_\_\_\_\_ Периодически возникающие проблемы с ушами?  
\_\_\_\_\_ Кровотечения или заболевания крови?  
\_\_\_\_\_ Грыжи?  
\_\_\_\_\_ Язвы и хирургические вмешательства по этому поводу?  
\_\_\_\_\_ Колостомия?  
\_\_\_\_\_ Употребление наркотиков или лечение от наркомании или алкоголизма в течение последних 5 лет?

Если у Вас возникли дополнительные вопросы в отношении данного Медицинского заявления или раздела «Медицинская Анкета», обсудите их с Вашим инструктором перед тем, как подписывать заявление.

Я заявляю, что все сведения, приведенные мной при заполнении данной медицинской анкеты, являются достоверными. Я признаю себя ответственным(ой) за все упущения, которые возникли в результате моей неосведомленности о существовавших у меня ранее или существующих сейчас заболеваниях.

Подпись  
PRODUCT NO. 10063R (Rev. 9/01) Ver. 2.0

Дата

Подпись родителей и опекуна

Дата

# СТУДЕНТ

---

Пожалуйста, заполняйте разборчиво.

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_  
Имя Отчество(первая буква) Фамилия День/Месяц/Год

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_ Область \_\_\_\_\_

Страна \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

Домашний телефон ( ) \_\_\_\_\_ Рабочий телефон ( ) \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ ФАКС \_\_\_\_\_

## Имя и адрес семейного врача

Врач \_\_\_\_\_ Поликлиника \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Дата прохождения последнего обследования \_\_\_\_\_

Имя врача, проводившего обследование \_\_\_\_\_ Поликлиника \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Телефон ( ) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Проходили ли Вы когда-нибудь обследование на предмет допуска к занятиям дайвингом?  Да  Нет

Если да, то когда? \_\_\_\_\_

# ВРАЧ

---

Этот человек собирается проходить обучение или уже имеет сертификат, позволяющий заниматься подводным плаванием с аквалангом (автономный дыхательный аппарат). Требуется Ваша консультация по поводу годности кандидата к занятиям дайвингом. Для ознакомления прилагаются указания по проведению осмотра.

## Мнение врача:

Я не обнаружил(а) никаких противопоказаний к занятиям дайвингом.

Я не рекомендую этому человеку заниматься дайвингом.

Замечания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
День/Месяц/Год

Врач \_\_\_\_\_ Поликлиника \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Телефон ( ) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_