



**KAPR DIVERS - PADI 5STAR DIVE CENTER 3698**

Nám. Svatopluka Čecha 2, Praha 10, 110 00

tel/fax: 272 739 456, mobil: 777 237 984

e-mail: kaprdivers@iol.cz

www.kaprdivers.cz

---

## LÉKAŘSKÉ VYJÁDŘENÍ K ÚČASTI V KURZU POTÁPĚNÍ NEBO V POTÁPĚČSKÉM PROGRAMU

---

### ÚČASTNÍK KURZU POTÁPĚNÍ / POTÁPĚČ

Vyplňte prosím čitelně hůlkovým písmem.

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_ Datum narození \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_  
ulice + číslo město PSČ

Telefon \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### Jméno a adresa Vašeho rodinného nebo osobního lékaře

Lékař \_\_\_\_\_ Poliklinika/ nemocnice \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_ Telefon (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Datum poslední lékařské prohlídky \_\_\_\_\_

Byla provedena lékařská prohlídka na potápění? ANO - NE Pokud ano, kdy? \_\_\_\_\_

---

### LÉKAŘ

Výše uvedená osoba se bude účastnit kurzu přístrojového potápění nebo potápěčského programu. Žádáme o posouzení fyzického a zdravotního stavu žadatele. Potápění je spojeno s tlakovými změnami a možností vzniku stresové situace. Pro bezpečné potápění by neměl mít účastník vysokou nadváhu nebo být ve špatné fyzické kondici. Dýchací cesty a oběhový systém musí být v pořádku. Všechny tělní dutiny vyplněné vzduchem musí být normální a zdravé. Osoba se srdečními potížemi, špatným krevním oběhem, velmi vysokým nebo nízkým krevním tlakem, epilepsií, astmatem, vážnými zdravotními obtížemi nebo která je pod vlivem alkoholu a drog by se neměla potápět. Žádáme o laskavé posouzení zdravotního stavu.

Posouzení lékaře

**Schopen potápění s přístrojem - fit to dive. / Neschopen (nedoporučuji přístrojové potápění) - not fit to dive.**

(nehodící se škrtněte)

v \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
razítko a podpis lékaře