

ZDRAVOTNÍ PROHLÁŠENÍ

Před podepsáním pozorně přečtěte

Toto je prohlášení, ve kterém jste informováni o některých možných rizicích souvisejících z přístrojovým potápěním a o tom, jaký přístup je od vás vyžadován během potápěčského výcviku. Váš podpis je podmínkou účasti v kurzu pořádaném instruktorem:

v potápěčském centru Kapr Divers .

Před podepsáním tohoto prohlášení jej pozorně přečtěte a prodiskutujte. Vyplnění tohoto zdravotního prohlášení zahrnující i část vaší zdravotní minulosti je podmínkou k účasti v potápěčském kurzu. Je-li vám méně než 18 let, musí toto prohlášení podepsat i váš rodič nebo zákonný zástupce. Potápění je vzrušující a vyhledávaná aktivita. Pokud je prováděno správně

a správnou technikou, je velmi bezpečné. Nejsou-li bezpečnostní zásady jakýmkoliv způsobem dodržovány, vzniká nebezpečí.

Pro bezpečné potápění byste neměli mít vysokou nadváhu nebo být ve špatné fyzické kondici. Vaše 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, vysokým nebo nízkým krevním tlakem, epilepsií, astmatem, vážnými zdravotními obtížemi nebo která je pod vlivem alkoholu a drog by se neměla potápět.

Užíváte-li léky, poraďte se se svým lékařem a se svým instruktorem před zapsáním do kurzu. Od vašeho instruktora se také budete muset naučit důležitá bezpečnostní pravidla týkající se dýchání a vyrovnávání tlaků při potápění. Nesprávné použití potápěčské výstroje může zapříčinit vážná zranění. Abyste ji používali správně, musíte být průběžně instruováni pod přímým vedením kvalifikovaného instruktora.

ZDRAVOTNÍ MINULOST

Účastníkovi:

Cílem tohoto zdravotního dotazníku je zjistit, zda je nutná vaše prohlídka lékařem dříve než se zúčastníte kurzu. Kladná odpověď na některou otázku nemusí znamenat, že se nebudete moci potápět. Kladná odpověď na některou otázku znamená, že zde existuje skutečnost, která může ovlivnit vaši bezpečnost při potápění a proto se musíte poradit se svým lékařem.

Odpovězte na následující otázky týkající se zdravotní minulosti i současného zdravotního stavu ANO nebo NE. Pokud si nejste jisti, odpovězte ANO. Jestliže se vás některý bod týká, musíme si vyžádat konzultaci a vyjádření od lékaře. Od vašeho instruktora obdržíte formulář pro lékařské vyšetření ohledně přístrojového potápění, které odevzdáte svému lékaři.

_____ Mohla byste být těhotná, nebo se o otěhotnění snažíte?

_____ Užíváte pravidelně léky na předpis nebo bez předpisu?

(s výjimkou antikoncepce)

_____ Jste starší 45 let a máte jedno nebo více z následujících?

Pravidelně kouříte

Máte vysokou hladinu cholesterolu

Někdo z rodiny měl srdeční infarkt nebo mozkovou mrtvici

_____ Nehody při potápění nebo dekompresní nemoc?

_____ Opakující se problémy s páteří?

_____ Operace páteře?

_____ Cukrovka?

_____ Problémy po operacích zad, paží či dolních končetin?

_____ Neschopnost mírného zatížení (např. ujit 1,5 km během 12 minut)?

_____ Vysoký krevní tlak, nebo užíváte léky k jeho kontrole?

_____ Jakékoliv srdeční onemocnění?

_____ Srdeční infarkt?

_____ Onemocnění uší, ztrátu sluchu, nebo problémy s rovnováhou?

_____ Problémy s vyrovnáváním tlaku v uších ve vyšší nadm. výšce?

_____ Krvácení nebo problémy s krví?

_____ Jakékoliv kýly?

_____ Vředy nebo jejich operace?

_____ Operace stěv?

_____ Užívání drog nebo pití alkoholu?

Měl(a) jste někdy nebo máte:

_____ Astma nebo dušnost při dýchání či fyzické námaze?

_____ Často nebo silný průběh senné rýmy nebo nějaké alergie?

_____ Časté rýmy, záněty dutin nebo dýchacích cest?

_____ Jakákoliv forma onemocnění plic?

_____ Pneumothorax (selhání plic)?

_____ Operace hrudníku?

_____ Klaustrofobie nebo agorafobie (strach z uzavřených nebo otevřených prostor)?

_____ Psychické zdravotní problémy?

_____ Epilepsie, záchvaty, křeče, nebo užíváte léky k jejich kontrole?

_____ Opakující se migrény, nebo užíváte léky k jejich kontrole?

_____ Ztráty paměti nebo vědomí?

_____ Trpíte často nemocemi z pohybu (možná nemoc, nevolnost za jízdy autem)?

Informace, které jsem poskytl(a) o své zdravotní minulosti a současnosti, jsou pravdivé podle mého nejlepšího svědomí.

Podpis účastníka

Datum

Podpis rodiče nebo zákonného zástupce

Datum