



EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

Résztevő nyilatkozata (Bizalmas információ)

Aláírás előtt gondosan olvassa el.

Ez egy olyan nyilatkozat, melyben Ön tájékoztatást kap a légzőkészülékes búvárokodással kapcsolatos bizonyos kockázatokról és a légzőkészülékes búvár oktatási program során Öntől elvárt viselkedésről. Aláírása e nyilatkozaton követelmény ahhoz, hogy részt

vehessen a _____ és

Oktató

_____ által

Létesítmény

_____ városban _____ államban

kínált légzőkészülékes oktatási programban.

Aláírás előtt olvassa el és beszélje meg az Egészségügyi Nyilatkozatot, melynek körtörténeti része is van, hogy beiratkozhasson a légzőkészülékes oktatási programba. Amennyiben kiskorú, a Nyilatkozatot szülőjével vagy gyámjával is alá kell íratnia.

BÚVÁR EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV

A résztvevőnek:

Az egészségügyi kérdőív célja, hogy felderítse, szüksége van-e orvosi vizsgálatra mielőtt részt vesz a kedvtelési búvárképzésben. Valamely kérdésre adott pozitív válasz nem szükségképpen zárja ki a merülésből. A pozitív válasz azt jelenti, van olyan korábbi körülmény, amely érintheti a biztonságát merüléskor, és így orvosától kell tanácsot kérnie.

_____ Teherbe eshet vagy teherbe kíván esni?

_____ Szed-e gyógyszert orvosi előírásra, vagy anélkül? (fogamzásgátló vagy malária elleni szer kivételével)

_____ Ön 45 éves elmúlt és az alábbiak közül egy vagy több vonatkozik Önre?

- jelenleg pipázik, szivarozik vagy cigarettázik
- koleszterin-szintje magas
- családjában előfordult szívroham vagy agyvérzés
- jelenleg kezelés alatt áll-e
- diabetes mellitus, ha csak diétával ellenőrzött is

Volt-e vagy jelenleg van-e...

_____ Asztmája, asztmás vagy gyakori köhögése?

_____ Gyakori vagy erős szénanáthája vagy allergiája?

_____ Gyakori megfázása, homloküreg-gyulladás, bronhitisze?

_____ Bármilyen tüdőbetegsége?

_____ Tüdőtöltése?

_____ Mellkasi betegsége vagy műtétje?

_____ Viselkedési, mentális, pszichológiai problémái (pánikrohamok, félelem nyílt vagy zárt terektől)?

_____ Epilepsziája, rohamai, rángógörccse, erre gyógyszert szed-e?

_____ Visszatérő migrénes fejfájása, szed-e gyógyszert a megelőzésre?

_____ Esméletvesztése, ájulása?

A búvárokodás izgalmas és nagy követelményeket támasztó tevékenység. Ha helyesen, a megfelelő technikák alkalmazásával hajtják végre, viszonylag biztonságos. Ha azonban a bevált biztonsági eljárásokat nem követjük, vannak veszélyei is.

A légzőkészülékkel történő biztonságos merüléshez nem szabad túlsúlyosnak vagy gyenge fizikai állapotúnak lenni. A merülés bizonyos körülmények között megterhelő. Légzőszerveinek és keringési rendszerének egészségesnek kell lennie. A test minden üregének normálisnak és egészségesnek kell lennie. Tilos merülnie annak, akinek szívpanasza, megfázása vagy vértolulása, epilepsziája, asztmája, komoly egészségi problémája van, alkohol vagy kábítószer hatása alatt áll. Gyógyszer szedésénél tanácskozzon orvosával és az oktatóval, mielőtt e programban részt vesz. Légzőkészülékes merülésnél oktatójától meg kell tanulnia a légzésre és nyomáskiegyenlítésre vonatkozó biztonsági szabályokat. A légzőkészülék nem megfelelő használata komoly sérüléssel járhat. Biztonságos használatára minősített oktatóknak kell részletesen kioktatni.

Ha az Egészségügyi Nyilatkozattal vagy körtörténeti részével kapcsolatban további kérdése van, aláírás előtt az oktatóval együtt nézzék át.

Kérjük, válaszolja meg a múltbeli és jelenlegi egészségi állapotára vonatkozó kérdéseket **IGEN**-nel vagy **NEM**-mel. Ha valamiben nem biztos, feleljen **IGEN**-nel. Ha az alább felsoroltak valamelyike vonatkozik Önre, kérnünk kell, konzultáljon egy orvossal, mielőtt légzőkészülékes merülésben vesz részt. Oktatója ellátja Önt RSTC Egészségügyi Nyilatkozattal és Útmutatóval az orvos számára a kedvtelési légzőkészülékes búvár orvosi vizsgálatához.

_____ Gyakran tengeribeteg-e?

_____ Dizentériája vagy orvosi beavatkozást igénylő kiszáradása van-e?

_____ Búvárbalesete vagy dekompressziós betegsége?

_____ Ismétlődő hátpanaszai?

_____ Képtelen-e mérsékelt terhelésre (pl. 1,6 km séta/12perc)?

_____ Esméletvesztéssel járó fejsérülése az utóbbi öt évben?

_____ Hát- vagy gerincműtétje?

_____ Cukorbetegsége?

_____ Műtét, sérülés vagy törés nyomán hát-, kar- vagy lábfájása?

_____ Magas vérnyomása, szed-e vérnyomás-szabályozó szert?

_____ Bármilyen szívbetegsége?

_____ Szívrohama?

_____ Anginája, szív- vagy érműtétje?

_____ Arcüreg-műtétje?

_____ Fülbetegsége, hallásvesztése vagy egyensúlyi zavarai?

_____ Ismétlődő fülbetegsége?

_____ Vérzése vagy vérrel kapcsolatos rendellenessége?

_____ Bármilyen fajta sérve?

_____ Fekélye vagy fekélyműtétje?

_____ Colostomiája vagy ileostomiája?

_____ Kábítószer- vagy alkoholfüggéssel kezelték-e az utóbbi 5 évben?

Az egészségi állapotomról adott tájékoztatás legjobb tudomásomnak megfelelő. **Vállalom a felelősséget, ha jelenlegi vagy múltbeli egészségi állapotommal kapcsolatosan saját hibából valamit kihagytam.**

Aláírás

Kelt (év, hó, nap)

Szülő vagy gyám aláírása (ahol szükséges)

Kelt (év, hó, nap)

HALLGATÓ**Kérjük olvashatóan kitölteni**

Név _____ Születés dátuma _____ Kor _____
vezeték név keresztnév nap/hó/év

Levelezési cím _____

Város _____ Állam/Tartomány _____

Ország _____ Irányítószám _____

Otthoni telefon () _____ Munkahelyi telefon () _____

Email _____ Fax () _____

Családjának vagy kezelőorvosának neve és címe

Orvos _____ Klinika/Kórház _____

Cím _____

Utolsó orvosi vizsgálat dátuma _____
(nap/hó/év)

Vizsgálatot végző neve _____ Klinika/Kórház _____

Cím _____

Telefon () _____ Email _____

Vett valaha részt orvosi vizsgálaton a bűvárkodáshoz? Igen Nem Ha igen, mikor? _____

ORVOS

Ez a személy bűvárképzésre pályázik, vagy jelenleg is minősítéssel rendelkezik légzőkészülékes merülés végzéséhez. Az ön véleményét kérjük a pályázó egészségi állapotáról légzőkészülékes merüléshez. Kérjük, olvassa át az Útmutató a kedvtelési légzőkészülékes bűvárok orvosi vizsgálatához című részt.

Orvos véleménye:

- Nem találtam olyan egészségügyi feltételeket, amelyek összeegyeztethetetlenek a bűvárkodással.
 Nem ajánlhatom ezt az egyént bűvárkodásra.

Megjegyzések _____

Átolvastam az Útmutató a kedvtelési légzőkészülékes bűvárok orvosi vizsgálatához című részt.

_____ Dátum _____
Orvos aláírása (nap/hó/év)

Orvos _____ Klinika/Kórház _____

Cím _____

Telefon () _____ Email _____