

Oświadczenie medyczne

Dane uczestnika (informacje poufne)

To oświadczenie informuje o niektórych ryzykach związanych z nurkowaniem oraz o zachowaniu wymaganym od Ciebie podczas programu nurkowego. Twój podpis jest warunkiem udziału w nurkowaniach organizowanych przez Aquatic Divers w Egipcie. Przeczytaj oświadczenie przed podpisaniem.

Aby wziąć udział w nurkowaniu, musisz wypełnić to oświadczenie medyczne wraz z kwestionariuszem. Jeśli jesteś niepełnoletni, oświadczenie musi podpisać również rodzic lub opiekun.

Nurkowanie jest ekscytującym i wymagającym zajęciem. Wykonywane prawidłowo, z zastosowaniem właściwych technik, jest stosunkowo bezpieczne. Jeśli jednak nie przestrzega się ustalonych zasad bezpieczeństwa, ryzyko rośnie.

Aby nurkować bezpiecznie, nie powinieneś mieć dużej nadwagi ani złej kondycji. W pewnych warunkach nurkowanie bywa męczące. Układ oddechowy i krążenia muszą być zdrowe, podobnie jak wszystkie przestrzenie powietrzne w ciele. Osoba z chorobą wieńcową, aktualnym przeziębieniem lub niedrożnością dróg oddechowych, padaczką, poważnym problemem zdrowotnym, Covid-19 albo pod wpływem alkoholu lub narkotyków nie powinna nurkować. Jeśli masz astmę, chorobę serca lub inną chorobę przewlekłą albo regularnie przyjmujesz leki, przed udziałem i później regularnie skonsultuj się z lekarzem oraz instruktorem / divemasterem. Instruktor / divemaster przekaze Ci także ważne zasady bezpieczeństwa dotyczące oddychania i wyrównywania ciśnienia. Niewłaściwe użycie sprzętu może spowodować poważne obrażenia. Jeśli masz pytania dotyczące oświadczenia lub kwestionariusza, omów je z instruktorem / divemasterem przed podpisaniem.

Oświadczenie medyczne – TAK / NIE

Przeczytaj uważnie przed podpisaniem. Kwestionariusz ma ustalić, czy przed nurkowaniem rekreacyjnym powinieneś zostać zbadany przez lekarza. Odpowiedź „tak” nie musi wykluczać nurkowania. Oznacza, że istniejący stan zdrowia może wpływać na Twoje bezpieczeństwo pod wodą i przed nurkowaniem musisz zasięgnąć porady lekarza.

Odpowiedz TAK lub NIE na poniższe pytania o przebyte lub obecne choroby. Jeśli nie masz pewności, odpowiedz TAK. Jeśli którykolwiek punkt Cię dotyczy, musimy poprosić Cię o konsultację lekarską przed nurkowaniem.

TAK NIE

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Czy możesz być w ciąży lub starasz się o dziecko? |
| ☐ | ☐ | Czy obecnie przyjmujesz leki na receptę (poza antykoncepcją i lekami przeciwmalarycznymi)? |
| ☐ | ☐ | Czy masz ponad 40 lat i możesz odpowiedzieć TAK na jeden lub więcej z poniższych punktów? |
| | | <ul style="list-style-type: none">• palisz fajkę, cygara lub papierosy• masz wysoki poziom cholesterolu• w rodzinie występowały zawały serca lub udary• jesteś obecnie pod opieką lekarską• nadciśnienie tętnicze• cukrzyca, nawet kontrolowana tylko dietą |

Czy kiedykolwiek miałeś lub masz obecnie ...

TAK NIE

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | Astmę lub świszczący oddech w spoczynku lub podczas wysiłku? |
| ☐ | ☐ | Częste lub ciężkie ataki kataru siennego lub alergii? |
| ☐ | ☐ | Częste przeziębienia, zapalenia zatok lub oskrzeli? |
| ☐ | ☐ | Jakąkolwiek chorobę płuc? |
| ☐ | ☐ | Odmę opłucnową (zapadnięte płuco)? |
| ☐ | ☐ | Inną chorobę lub operację klatki piersiowej? |
| ☐ | ☐ | Problemy psychiczne lub emocjonalne (ataki paniki, lęk przed zamkniętą lub otwartą przestrzenią)? |
| ☐ | ☐ | Padaczkę, napady drgawek lub leki zapobiegające im? |
| ☐ | ☐ | Nawracające powikłane migreny lub leki zapobiegające im? |
| ☐ | ☐ | Omdlenia lub utraty przytomności (całkowite lub częściowe)? |
| ☐ | ☐ | Częstą lub silną chorobę lokomocijną (morską, samochodową itp.)? |
| ☐ | ☐ | Czerwonkę lub odwodnienie wymagające leczenia? |

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | Wypadki nurkowe lub chorobę dekompresyjną? |
| ☐ | ☐ | Niezdolność do umiarkowanego wysiłku (np. przejście 1,6 km w 12 minut)? |
| ☐ | ☐ | Uraz głowy z utratą przytomności w ciągu ostatnich pięciu lat? |
| ☐ | ☐ | Nawracające problemy z kręgosłupem? |
| ☐ | ☐ | Operację pleców lub kręgosłupa? |
| ☐ | ☐ | Cukrzycę? |
| ☐ | ☐ | Problemy z plecami, rękami lub nogami po operacji, urazie lub złamaniu? |
| ☐ | ☐ | Nadciśnienie lub leki na ciśnienie? |
| ☐ | ☐ | Chorobę serca? |
| ☐ | ☐ | Zawał serca? |
| ☐ | ☐ | Dławicę piersiową, operację serca lub naczyń krwionośnych? |
| ☐ | ☐ | Operację zatok? |
| ☐ | ☐ | Chorobę lub operację uszu, utratę słuchu lub zaburzenia równowagi? |
| ☐ | ☐ | Nawracające problemy z uszami? |
| ☐ | ☐ | Krwawienia lub inne choroby krwi? |
| ☐ | ☐ | Przepuklinę? |
| ☐ | ☐ | Wrzody lub operację wrzodów? |
| ☐ | ☐ | Covid-19, jego warianty lub objawy? |
| ☐ | ☐ | Kolostomię lub ileostomię? |
| ☐ | ☐ | Zażywanie narkotyków lub leczenie uzależnienia od narkotyków lub alkoholu w ciągu ostatnich pięciu lat? |

Informacje o mojej historii zdrowia są zgodne z prawdą według mojej najlepszej wiedzy. Biorę odpowiedzialność za niepodanie obecnego lub przebytego stanu zdrowia.

Imię i nazwisko

Podpis

Data

Podpis rodzica / opiekuna (dla niepełnoletnich)