

Hälsodeklaration

----- Deltagarinformation - Konfidentiell information -----

Läs igenom detta noggrant innan du skriver under.

Detta är ett intyg där du informeras om några potentiella riskmoment vid dykning och det uppförande som krävs av dig för den aktivitet du skall delta i. Din underskrift krävs för att du skall få påbörja kursen som arrangeras av:

(instruktör) _____
(skola) _____
(stad) _____

Läs samt diskutera igenom texten på denna blankett noggrant innan du skriver under. Du skall fylla i den egna hälsodeklarationen innan du får delta i dykkursen. Om du inte är myndig, måste blanketten skrivas under av någon av dina föräldrar/målsman.

Dykning kan vara en spännande och krävande aktivitet. När dykningen utförs på ett riktigt sätt med rätt tekniker är den mycket säker. Om säkerhetsreglerna inte följs kan detta leda till fara.

För att kunna dyka säkert kan du inte vara extremt överviktig eller ha dålig kondition. Under vissa förhållanden kan dykning vara mycket ansträngande. Du kan inte heller ha allvarliga sjukdomar i luftvägarna eller i hjärt/kärlsystemet. Kroppens luftfyllda hålrum måste fungera utan några allvarliga problem. En person med hjärtproblem, förkylning, epilepsi, allvarliga medicinska problem eller som är påverkad av alkohol eller droger bör inte dyka. Om du använder medicin bör du konsultera läkare samt din instruktör före du deltar på kursen, och även efter kursen, för att få reda på om medicinen påverkar dykningen. Din instruktör kommer att lära dig de viktigaste säkerhetsreglerna för andning och tryckutjämning vid dykning. Felaktig användning av dykutrustningen kan medföra allvarliga skador. Du skall därför gå en kurs under direkt övervakning av en instruktör, så att du lär dig rätt användning.

Om du har ytterligare frågor om denna hälsodeklaration skall du diskutera dessa med din instruktör innan du skriver under.

Egen hälsodeklaration

Till deltagaren:

Avsikten med dessa frågor om din hälsa är att ta reda på om du behöver undersökas av en läkare innan du påbörjar dykkursen. Svarar du ja på någon av frågorna om din hälsa betyder detta inte automatiskt att du inte kan dyka, utan det innebär bara att du kan ha en skada eller sjukdom som kan påverka din säkerhet vid dykning. Dessa indikationer måste därför diskuteras med läkare.

Besvara nedanstående frågor med ett **JA** eller ett **NEJ**. Är du osäker skall du svara **JA**. Om någon av dessa frågor gäller dig, måste du ta kontakt med en läkare för att få ett godkännande innan du deltar i någon dykaktivitet. Din instruktör kommer i sådana fall ge dig "RSTC Guidelines for Recreational Scuba Diver's Physical Examination" som du tar med till läkaren.

- _____ Kan du vara gravid, eller försöker du att bli gravid?
- _____ Tar du regelbundet receptmedicin (med undantag för p-piller)?
- _____ Är du över 45 år och gäller en eller flera av nedanstående punkter dig?
 - Röker pipa, cigarr eller cigaretter
 - Har höjd kolesterolnivå.
 - Har haft hjärtinfarkt eller hjärnblödning i släkten.
 - Är under medicinsk behandling.
 - Har högt blodtryck.
 - Har diabetes (även om den regleras genom dieten).

Har du tidigare haft eller har du för närvarande....

- _____ Astma, ansträngd andning, eller pipande andning vid träning?
- _____ Ofta förekommande eller kraftiga anfall av hösnuva eller allergi?
- _____ Ofta förkylning, bihåleproblem eller bronkit?

- _____ Någon form av lungsjukdom?
- _____ Pneumatorax (lungkollaps)?
- _____ Andra sjukdomar i bröstet eller operation i bröstorganen?
- _____ Beteendemässiga, mentala eller psykologiska problem (panikanfall, ångest för slutna rum eller öppna platser)?
- _____ Epilepsi, krampanfall, konvulsioner eller tar mediciner för att förhindra detta?
- _____ Periodisk migrän eller tar mediciner mot detta?

- _____ Tidigare haft besvär med svimning (helt eller delvis förlorat medvetandet)?
- _____ Ofta förekommande eller kraftig (sjösjuka eller åksjuka etc)?
- _____ Dysenteri eller dehydrering som krävt medicinsk behandling?
- _____ Varit utsatt för dykolycka eller tryckfallssjuka?
- _____ Problem med att utföra moderat fysiskt arbete (som att gå 1600 meter på kortare tid än 12 minuter)?
- _____ Huvudskada med medvetslöshet under senaste 5 åren ?

- _____ Ständiga ryggproblem?
- _____ Genomgått ryggoperation?
- _____ Diabetes (sockersjuka)?
- _____ Problem med rygg, arm eller ben efter operation, olycka eller fraktur?
- _____ Högt blodtryck eller tar mediciner för att kontrollera detta?
- _____ Hjärtsjukdom?
- _____ Hjärtinfarkt?
- _____ Kärlkramp, hjärtoperation eller operation i kärlsystemet?
- _____ Sjukdom eller operation i öron, problem med hörsel eller balans?
- _____ Bihåleoperation?
- _____ Upprepade problem med öronen?
- _____ Blödning eller andra blodsjukdomar?
- _____ Bräck?
- _____ Magsår eller opererad för magsår?
- _____ Stomioperation?
- _____ Missbruk av läkemedel, narkotika eller alkohol under de senaste 5 åren?

De upplysningar jag gett om min hälsa är riktiga enligt min kännedom om min situation. Jag inser att jag själv har fullt ansvar för utelämnade upplysningar om uppenbara existerande eller tidigare medicinska förhållanden.

Deltagarens underskrift

Datum

Förälders/målsmans underskrift

Datum

ELEVEN

Texta tydligt

Namn: _____ Födelsedatum: _____ Ålder: _____

Adress: _____

Postnummer: _____ Ort: _____

Land: _____ E-mail: _____

Telefon privat: _____ Telefon arbete: _____

Fax: _____

Namn och adress till egen läkare

Läkare: _____ Vårdcentral/sjukhus: _____

Adress: _____ Telefon: _____

Datum för senaste hälsoundersökning: _____ Läkarens namn: _____

Vårdcentral/sjukhus: _____

Adress: _____ Telefon: _____

Har du tidigare gjort en hälsoundersökning för dykning? Ja Nej Om ja, när? _____

LÄKAREN

Denna person önskar delta i dykutbildning eller är certifierad som apparatdykare (SCUBA). Vi ber dig bedöma om han/hon är hälsomässigt lämplig för apparatdykning enligt den bifogade "RSTC Guidelines for Recreational Scuba Diver's Physical Examination".

This person is an applicant for training or is presently certified to engage in SCUBA (self contained underwater breathing apparatus) diving. Your opinion of the applicant's medical fitness for scuba diving is requested. Please review the enclosed RSTC (Recreational Scuba Training Council) Guidelines for Recreational Scuba Diver's Physical Examination

Läkarens bedömning. Physician's impression

Jag finner inga medicinska hinder för att denna person skall kunna delta i fritidsdykning.

I find no medical conditions that I consider incompatible with diving.

Jag avråder denna person att delta i fritidsdykning.

I am unable to recommend this individual for diving.

Jag har läst igenom "Guidelines for Recreational Scuba Diver's Physical Examination".

I have reviewed "Guidelines for Recreational Scuba Diver's Physical Examination".

Läkarens underskrift. *Physician's signature*

Datum *Date*: _____

Läkare *Physician*: _____ Vårdcentral/sjukhus *Clinic*: _____

Adress *Address*: _____ Telefon *Phone*: _____