



HELBREDSERKLÆRING

Medical Statement Form



SSI Nordic A/S · Lille Borgergaade 33,1 · DK-9400 Nørresundby · Denmark · info@ssi-nordic.com · Phone +45 36894100 · Fax +45 36894200

HELBREDSERKLÆRING

Danish

FORTROLIGE OPLYSNINGER

Læs venligst dette først før du skriver under.

Dette er en erklæring, hvori du oplyses om nogle potentielle risici ved dykning og den adfærd, der kræves af dig i forbindelse med den aktivitet, du nu skal deltage i. Du skal underskrive denne erklæring for at kunne deltage på kurset eller aktiviteten, som arrangeres af:

Instruktør _____

Dykkercenter/skole _____

Sted _____

Gennemlæs dette nøje, før du underskriver. Du skal udfylde denne helbreds-erklæring, der indeholder din helbredshistorie, inden du kan deltage i dykkeaktiviteter. Hvis du er under 18 år, skal denne erklæring også underskrives af dine forældre eller værge.

For at kunne dykke sikkert, må du ikke være overvægtig eller være i dårlig form. Dykning kan være meget anstrengende under visse forhold.

Dit åndedræts- og cirkulationssystem skal være sundt. Alle kroppens hulrum skal være normale og sunde. En person med hjerteproblemer, forkølelse, forstoppelse, epilepsi, astma, et alvorligt medicinsk problem eller som er under indflydelse af alkohol eller narkotika, må ikke dykke.

Hvis du tager medicin, skal du kontakte din læge og din instruktør før du deltager på denne aktivitet eller dette kursus. Hvis du fortsætter med at tage medicin, bør du regelmæssigt gå til lægen, hvis du er aktiv dykker. Du vil af din instruktør lære de vigtige sikkerhedsregler, som gælder for vejrtrækning og trykkudligning under dykning. Forkert anvendelse af dykkerudstyr kan føre til alvorlige skader. Du skal instrueres grundigt i brugen af dykkerudstyr under direkte opsyn af en kvalificeret instruktør, så du kan lære at anvende det rigtigt.

Har du yderligere spørgsmål angående denne erklæring eller din helbreds-historie, kan du spørge din instruktør eller din læge, før du underskriver.

HEDLBREDSHISTORIE

Til deltageren:

Formålet med disse helbreds-mæssige spørgsmål er, at klarlægge om du skal undersøges af din læge, inden du deltager på denne aktivitet eller dette kursus. Vi vil altid anbefale, at du spørger din læge, om det er helbreds-mæssigt forsvarligt, at du deltager i dykkeraktiviteter. Et positivt svar på et eller flere af spørgsmålene betyder ikke nødvendigvis, at du ikke kan dykke. Et positivt svar betyder, at der måske er en helbreds-mæssig tilstand, der kan påvirke sikkerheden under dykningen og at du derfor SKAL søge råd hos din læge.

Besvar venligst følgende spørgsmål med **JA** eller **NEJ**. Hvis du er i tvivl, er svaret **JA**. Hvis nogle af disse omstændigheder er gældende for dig, beder vi dig kontakte din læge, før du deltager i denne aktivitet/dykning. Din instruktør vil give dig et skema med en komplet vejledning, som lægen kan benytte.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kunne du være gravid eller planlægger du graviditet? | <input type="checkbox"/> Nogen form for lungesygdom? | <input type="checkbox"/> Diabetes (sukkersyge)? |
| <input type="checkbox"/> Tager du regelmæssigt receptpligtig medicin eller anden medicin (svangerskabsforebyggende og malariamedicin undtaget)? | <input type="checkbox"/> Pneumothorax (sammenklappede lunger)? | <input type="checkbox"/> Problemer med arme, ben eller nakke/ryg efter ulykke eller brud? |
| <input type="checkbox"/> Er du over 45 år og gælder noget af følgende:
• Ryger?
• Har et højt kolesteroltal?
• Har haft hjerteanfald eller anfald i familien?
• Modtager medicinsk behandling?
• Har for højt blodtryk?
• Har Diabetes Mellitus, selvom det kontrolleres af diæt? | <input type="checkbox"/> Andre sygdomme i brystet eller operation i brystkassen?
<input type="checkbox"/> Adfærdsmæssige, mentale eller psykologiske problemer (panikanfald eller angst for lukkede rum eller åbne pladser)?
<input type="checkbox"/> Epilepsi, krampeanfald, krampetrækninger eller tager medicin for det? _ Periodisk migræne eller tager medicin for det?
<input type="checkbox"/> Tidligere haft besvimelser eller "black out" (helt eller delvist mistet bevidstheden)? _ Lider ofte eller kraftigt af transportsyge (køre- eller søsyge)?
<input type="checkbox"/> Dysenteri eller dehydrering, som kræver medicinsk behandling? _ Dykkersyge eller trykfaldsyge? | <input type="checkbox"/> Højt blodtryk / tager medicin for at kontrollere det?
<input type="checkbox"/> Hjertesygdom?
<input type="checkbox"/> Hjerteranfald?
<input type="checkbox"/> Anginalherteoperation eller operation i blodkar?
<input type="checkbox"/> Bihuleoperation?
<input type="checkbox"/> Hyppige problemer med ørene (i fly eller bjerge)?
<input type="checkbox"/> Øresygdom eller -operation, mistet hørelse eller balanceproblemer?
<input type="checkbox"/> Blødninger eller andre blodsygdomme?
<input type="checkbox"/> Brok?
<input type="checkbox"/> Mavesår eller operation for samme?
<input type="checkbox"/> Kolostomi eller ileostomi?
<input type="checkbox"/> Misbrug af lægemidler, narkotika eller alkohol? |
| Har du eller har du tidligere haft ...
<input type="checkbox"/> Astma, vejrtrækningsproblemer, pibende vejrtrækning når du motioner?
<input type="checkbox"/> Hyppige eller kraftige angreb af høfeber eller allergi?
<input type="checkbox"/> Hyppige forkølelser, bihuleproblemer eller bronkitis? | <input type="checkbox"/> Svært ved at udføre moderate motionsøvelser (gå 1600 meter på under 12 minutter)?
<input type="checkbox"/> Hovedskade eller mistet bevidstheden i løbet af de sidste 5 år?
<input type="checkbox"/> Vedvarende rygproblemer?
<input type="checkbox"/> Gennemgået rygoperation? | |

De oplysninger, jeg har givet, er efter min fulde overbevisning korrekte, sådan som jeg kender situationen. Jeg er bekendt med, at jeg må tage det fulde ansvar for at udelade oplysninger om åbenbare eksisterende eller tidligere medicinske forhold.

Underskrift

Dato

Forældre eller værges underskrift (hvis krævet)

Dato

KURSISTEN

Danish

(Skriv venligst med blokbogstaver)

Navn _____ Fødselsdato _____ Alder _____
Fornavn Mellemlavn Efternavn

Adresse _____

By _____

Land _____ Postnummer _____

Telefon, hjemme _____ Telefon arbejde _____

Mobiltelefon _____ Fax _____

Navn og adresse på din læge og/eller behandlingssted:

Læge _____ Klinik/hospital _____

Adresse _____ Telefon _____

Dato for sidste helbredsundersøgelse _____

Lægens navn _____ Klinik/hospital _____

Adresse _____ Telefon _____

Er du tidligere blevet helbredsundersøgt i forbindelse med dykning? Ja Nej Hvis ja, hvornår? _____

LÆGEN - PHYSICIAN

Denne person ønsker at deltage på dykkerkursus eller er certificeret dykker med SCUBA (apparatdykning). Du bedes venligst vurdere, om denne person er helbredsmæssigt egnet til SCUBA dykning med luftflaske efter vedlagte retningslinier "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's) Guidelines for Recreational Scuba Diver's Physical Examination.

Lægens vurdering - Physician's impression:

Jeg finder ingen medicinske hindringer for, at denne person kan deltage i rekreativ SCUBA dykning.

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

Jeg fraråder denne person at deltager i rekreativ SCUBA dykning.

I am unable to recommend this individual for SCUBA diving.

Bemærkninger _____

Jeg har læst "RSTC Guidelines for Recreational Scuba Diver's Physical Examination".

_____ Dato _____
Lægens underskrift

Læge _____ Klinik/hospital _____

Adresse _____ Telefon _____