



MEDICAL STATEMENT / LÉKAŘSKÉ PROHLÁŠENÍ

Záznam účastníka (Důvěrná informace)

Prosíme, čtete pečlivě před podpisem

Toto je prohlášení, které vás informuje o některých možných rizicích týkajících se přístrojového potápění a o chování, které se od Vás vyžaduje během potápěčského výcviku. Váš podpis na tomto prohlášení je vyžadován pro vaši účast v potápěčském kursu nabízeném

v _____ a
Instruktor

_____ a
Zařízení

Se sídlem v _____ ve státě _____.

Přečtete si a prodiskutujte toto prohlášení před podpisem. Musíte vyplnit toto lékařské prohlášení, které zahrnuje část o zdravotní minulosti, aby jste se mohl(a) zapsat do tréninkového programu přístrojového potápění. Jestliže jste nezletilý(á), musí toto Prohlášení podepsat jeden z rodičů.

Potápění je vzrušující a náročná aktivita. Když je prováděno správně, s používáním správné techniky, je poměrně bezpečné. Jsou - li stanovené bezpečnostní postupy jakkoliv porušovány,

zvýší se nebezpečí.

Abyste se potápěli bezpečně, nesmíte mít extrémní nadváhu nebo být ve špatné kondici. Potápění může být za jistých okolností náročné. Vaše dýchací cesty a oběhový systém musí být v pořádku. Všechny vzduchové tělní dutiny musí být normální a zdravé. Osoba se srdečními potížemi, častým nachlazením nebo rýmou, epilepsií, vážnými zdravotními problémy nebo pod vlivem alkoholu nebo drog by se neměla potápět. Jestliže máte astma, srdeční onemocnění, další chronické zdravotní potíže nebo jestliže užíváte léky k jejich regulaci, měli byste se poradit před účastí v kursu se svým lékařem a instruktorem, a na tomto základě také po dokončení. Také se naučíte od instruktora důležitá bezpečnostní pravidla týkající se dýchání a vyrovnávání tlaku během potápění s přístrojem. Nesprávné použití potápěčského výstroje může mít za následek vážné poranění. Musíte být pod přímým dohledem kvalifikovaného instruktora přesně poučen(a), jak výstroj používat, abyste ji používal(a) bezpečně.

Jestliže máte nějaké doplňující otázky týkající se tohoto lékařského prohlášení nebo části o zdravotní minulosti, prodiskutujte je před podpisem se svým instruktorem

ZDRAVOTNÍ MINULOST

Účastníci:

Účelem tohoto zdravotního dotazníku je zjistit, jestli by jste měl(a) být před účastí v kursu rekreačního potápění vyšetřen vašim lékařem. Kladná odpověď na otázku vás nutně nečiní nezpůsobilým pro potápění. Kladná odpověď znamená, že zde předem existuje okolnost, která může ovlivnit vaši bezpečnost při

potápění a musíte vyhledat radu u svého lékaře předtím, než se zúčastníte potápěčských aktivit.

Prosíme, odpovězte na následující otázky o vaši zdravotní minulosti i současném zdravotním stavu ANO nebo NE. Jestliže si nejste jistý(á), odpovězte ANO. Jestliže se Vás některá z těchto otázek týká, musíme vás před účastí na potápění požádat o konzultaci s vaším lékařem. Váš instruktor vám poskytne PADI Lékařské prohlášení a Poučení s pokyny pro lékařské vyšetření rekreačního potápěče, které odevzdáte vašemu lékaři.

- ____ Můžete být těhotná nebo se o otěhotnění pokoušíte?
- ____ Užíváte pravidelně léky na předpis? (s výjimkou antikoncepce nebo anti-malarik)
- ____ Jste starší 45-ti let a máte alespoň jedno z následujících?
 - pravidelně kouříte lulkou, doutníky nebo cigarety
 - máte vysokou hladinu cholesterolu
 - máte v rodinné anamnéze srdeční záchvaty nebo mrtvice
 - jste nyní v lékařské péči
 - máte vysoký krevní tlak
 - máte diabetes, pouze kontrolovaný dietou

Měl(a) jste někdy nebo v současné době máte...

- ____ Astma, záchvat při dýchání nebo dýchavičnost při tělesném pohybu?
- ____ Častý nebo těžký záchvat senné rýmy nebo alergie?
- ____ Časté rýmy, záněty dutin nebo bronchitidy?
- ____ Jakákoliv forma onemocnění plic?
- ____ Pneumotorax (selhání plic)?
- ____ Jiné nemoci hrudníku nebo operace?
- ____ Problémy s chováním, mentální nebo psychologické problémy (záchvaty paniky, strach z uzavřených nebo otevřených prostor)?
- ____ Epilepsie, záchvaty, křeče nebo užíváte léky k jejich zabránění?
- ____ Opakující se migrény, bolesti hlavy nebo užíváte léky k jejich zabránění?
- ____ Ztráty vědomí nebo omdlávání (úplné nebo částečné ztráty vědomí)?
- ____ Trpíte často nebo silně nemocemi z pohybu (mořská nemoc, nevolnost z jízdy autem)?

- ____ Úplavice nebo dehydratace vyžadující lékařskou péči?
- ____ Nehody při potápění nebo dekompresní nemoc?
- ____ Opakující se problémy se zády v minulosti?
- ____ Neschopnost vykonávat mírnou fyzickou zátěž /např. ujít 1,6 km během 12 min/?
- ____ Zranění hlavy provázené ztrátou vědomí v posledních pěti letech?
- ____ Opakující se problémy zad
- ____ Operace zad nebo páteře?
- ____ Cukrovka?
- ____ Problémy se zády, horními nebo dolními končetinami po operaci, zranění nebo zlomenině?
- ____ Vysoký tlak v minulosti nebo užíváte léky k jeho usměrnění?
- ____ Srdeční onemocnění?
- ____ Srdeční záchvat?
- ____ Angína, operace srdce nebo operace žil?
- ____ Operace uší nebo dutin?
- ____ Operace uší, ztráta sluchu nebo problémy s rovnováhou?
- ____ Opakující se problémy uší?
- ____ Krvácení nebo poruchy srážlivosti krve?
- ____ Kýla?
- ____ Vředy nebo operace vředů?
- ____ Operace střev nebo umělý vývod tlustého střeva?
- ____ Užívání drog nebo požívání alkoholu v posledních pěti letech.

Informace, které jsem poskytl (a) o mé lékařské minulosti jsou přesné podle mého nejlepšího vědomí. Souhlasím, že přejímám zodpovědnost za opomenutí informace, která se týká mého poškození, příznáním současného zdravotního stavu nebo v minulosti.

Podpis _____

Datum _____

Podpis Rodiče nebo poručenika _____

Datum _____