

Helbredserklæring | Deltager Information

Rekreativ dykning og fridykning kræver god fysisk og mental sundhed. Der er nogle få sygdomstilstande, beskrevet nedenfor, der kan være farlige under dykning. De, der har eller er disponeret over for nogen af disse tilstande, skal evalueres af en læge. Denne helbredserklæring giver et grundlag for at afgøre, om du skal opsøge denne evaluering. Hvis du har nogen bekymringer om din "helbredsmæssige egnethed til dykning", der ikke er repræsenteret på denne formular, skal du rådføre dig med en læge, inden du dykker. Hvis du føler dig syg, skal du undgå at dykke. Hvis du tror, du kan have en smitsom sygdom, skal du beskytte dig selv og andre ved ikke at deltage i dykkertræning og/eller dykkeaktiviteter. Henvisninger til "dykning" på denne formular omfatter både rekreativ dykning og fridykning. Denne formular er hovedsageligt designet som en indledende medicinsk screening for nye dykkere, men er også passende for dykkere, der tager en videregående uddannelse. For din sikkerhed og andres, skal du svare ærligt på alle spørgsmål.

Vejledning

Udfyld dette spørgeskema som en betingelse for en rekreativ dykning eller fridyknings kursus.

Bemærkning til kvinder: Hvis du er gravid, eller prøver på at blive gravid, må du ikke dykke.

1	Jeg har haft problemer med mine lunger/mit åndedræt, hjerte eller blod, der har påvirket min normale, fysiske eller mentale ydeevne.	Ja ☐ Gå til Boks A	Nej ☐
2	Jeg er over 45 år.	Ja ☐ Gå til Boks B	Nej ☐
3	Jeg har det svært med at udføre moderat fysisk træning (for eksempel at gå 1,6 kilometer på 14 minutter eller at svømme 200 meter, uden at hvile), ELLER jeg har ikke været i stand til at deltage i en normal fysisk aktivitet på grund af kondition eller sundhedsmæssige årsager inden for de sidste 12 måneder.	Ja ☐ *	Nej ☐
4	Jeg har haft problemer med mine øjne, ører, eller, næsen/bihuler.	Ja ☐ Gå til Boks C	Nej ☐
5	Jeg har haft en operation inden for de sidste 12 måneder, ELLER jeg har haft løbende problemer i forbindelse med en tidligere operation.	Ja ☐ *	Nej ☐
6	Jeg har mistet bevidstheden, haft migrænehovedpine, anfald, slagtilfælde, betydelig hovedskade, eller lider af en vedvarende neurologisk lidelse eller sygdom.	Ja ☐ Gå til Boks D	Nej ☐
7	Jeg er i øjeblikket under behandling (eller har krævet behandling inden for de sidste fem år) for psykologiske problemer, personlighedsforstyrrelser, panikanfald, eller en afhængighed af stoffer eller alkohol; eller, jeg er blevet diagnosticeret med et indlærings- eller udviklingshandicap.	Ja ☐ Gå til Boks E	Nej ☐
8	Jeg har haft rygproblemer, brok, mavesår, eller diabetes.	Ja ☐ Gå til Boks F	Nej ☐
9	Jeg har haft mave- eller tarmproblemer, inklusiv nylig diarré.	Ja ☐ Gå til Boks G	Nej ☐
10	Jeg tager receptpligtige medicin (med undtagelse af prævention eller andre anti-malaria lægemidler end mefloquin (Lariam).	Ja ☐ *	Nej ☐

Deltagernes Underskrift

Hvis du svarede NEJ på alle af de 10 overstående spørgsmål, er en lægelig vurdering ikke nødvendig. Læs venglist, og accepter deltagererklæringen nedenfor ved at underskrive og datere den.

Deltagererklæringen: Jeg har besvaret alle spørgsmålene ærligt, og forstår at jeg påtager mig ansvaret for enhver konsekvens, der følger af spørgsmål jeg muligvis har besvaret unøjagtigt, eller for min manglende afsløring af eksisterende eller tidligere helbredstilstande.

Deltager/Forældre/Værges underskrift

Dato (dd/mm/åååå)

Deltagerens Navn (Blokbogstaver)

Fødselsdato (dd/mm/åååå)

Instruktørens Navn (Blokbogstaver)

Dykkercenter/Skole (Blokbogstaver)

*** Hvis du svarede JA** til spørgsmål 3, 5 eller 10 ovenover **ELLER** til enhver af spørgsmålene på side 2, læs venligst og accepter erklæringen ovenover ved at underskrive og datere den **OG tag alle tre sider af denne formular (Deltager Information og Lægens Vurderingsskema) til lægen** for en lægelig vurdering. Deltagelse i et dykkerkursus kræver en læges godkendelse.

Helbredserklæring | Deltager Information Fortsat

BOKS A – JEG HAR/HAR HAFT:

Brystoperation, hjerteoperation, hjerteklapoperation, en implanteret medicinsk anordning (fx, stent, pacemaker, "neurostimulator"), pneumothorax (sammenklappede lunger) og/eller en kronisk lungesygdom.

Ja ☐*

Nej ☐

Astma, hvæsende vejrtrækning, svær allergi, høfeber eller overbelastede luftveje inden for de sidste 12 måneder, der begrænser min fysiske aktivitet/motion.

Ja ☐*

Nej ☐

Et problem eller sygdom, der involverer mit hjerte såsom: angina, bryst smerter ved overanstrengelse, hjertesvigt, vand i lungerne, hjerteanfald eller slagtilfælde, ELLER tager medicin mod enhver hjertesygdom.

Ja ☐*

Nej ☐

Gentagen bronkitis og løbende hoste inden for de sidste 12 måneder, ELLER er blevet diagnosticeret med emfysem.

Ja ☐*

Nej ☐

Symptomer der påvirker mine lunger/mit åndedræt, hjerte og/eller blod inden for de sidste 30 dage som forringer min fysiske eller mentale ydeevne.

Ja ☐*

Nej ☐

BOKS B – JEG ER OVER 45 ÅR OG:

Jeg ryger i øjeblikket eller inhalerer nikotin på en anden måde.

Ja ☐*

Nej ☐

Jeg har et højt kolesteroltal.

Ja ☐*

Nej ☐

Jeg har forhøjet blodtryk.

Ja ☐*

Nej ☐

Jeg har haft et tæt familiemedlem, som pludselig er død af en hjertesygdom eller slagtilfælde før alderen af 50 år, ELLER har en historie i min familie med hjertesygdomme før 50-års alderen (inklusive unormale hjerterytmer, forsnævring af aorta eller kardiomyopati/hjertesvigt).

Ja ☐*

Nej ☐

BOKS C – JEG HAR/HAR HAFT:

Øreoperation inden for de sidste 6 måneder.

Ja ☐*

Nej ☐

Øresygdom eller øreoperation, nedsat hørelse, eller problemer med balancen.

Ja ☐*

Nej ☐

Gentagen bihulebetændelse inden for de seneste 12 måneder

Ja ☐*

Nej ☐

Øjenoperation inden for de sidste 3 måneder.

Ja ☐*

Nej ☐

BOKS D – JEG HAR/HAR HAFT:

Hovedskade med tab af bevidsthed inden for de sidste 5 år.

Ja ☐*

Nej ☐

En vedvarende neurologisk lidelse eller sygdom.

Ja ☐*

Nej ☐

Blackouts eller besvimelse (helt/delvis mistet bevidstheden) inden for de sidste 5 år.

Ja ☐*

Nej ☐

Øjenoperation inden for de sidste 3 måneder.

Ja ☐*

Nej ☐

Epilepsi, anfald, eller kramper, ELLER tager medicin for at forhindre dem.

Ja ☐*

Nej ☐

BOKS E – JEG HAR/HAR HAFT:

Adfærdsmæssige, sundhedsmæssige, mentale eller psykologiske problemer, der kræver medicinsk/psykiatrisk behandling.

Ja ☐*

Nej ☐

Sygelig depression, selvmordstanker, panikanfald, ukontrolleret bipolar lidelse, der kræver medicinsk/psykiatrisk behandling.

Ja ☐*

Nej ☐

Diagnosticeret en mental helbreds lidelse eller en lærings-/udviklingsforstyrrelse der kræver løbende pleje, eller special tilpasning.

Ja ☐*

Nej ☐

En afhængighed af stoffer eller alkohol, der har krævet behandling inden for de sidste 5 år.

Ja ☐*

Nej ☐

BOKS F – JEG HAR/HAR HAFT:

Tilbagevendende rygproblemer i de sidste 6 måneder, der begrænser min daglige aktivitet.

Ja ☐*

Nej ☐

Ryg- eller rygmarsoperation inden for de sidste 12 måneder

Ja ☐*

Nej ☐

Diabetes, enten medicin- eller diæt-kontrollerende, ELLER svangerskabsdiabetes inden for de sidste 12 måneder

Ja ☐*

Nej ☐

Et ubehandlet/indeklemmt brok, der begrænser mine fysiske evner.

Ja ☐*

Nej ☐

Aktive eller ubehandlede kroniske sår, uhelet sår, eller mavesårsbehandling inden for de sidste 6 måneder.

Ja ☐*

Nej ☐

BOKS G – JEG HAR HAFT:

Stomioperation og er ikke helbreds mæssigt godkendt til at svømme eller deltage i fysisk aktivitet.

Ja ☐*

Nej ☐

Dehydrering, som har krævet medicinsk behandling inden for de sidste 7 dage.

Ja ☐*

Nej ☐

Aktive eller ubehandlede mavesår eller mavesårsbehandling inden for de sidste 6 måneder.

Ja ☐*

Nej ☐

Hyppig halsbrand, opkast, eller gastroøsofageal refluxsygdom (GØRS).

Ja ☐*

Nej ☐

Aktiv eller ukontrollerbar blødende tyktarmsinflammation eller Crohns sygdom.

Ja ☐*

Nej ☐

Operation mod overvægt inden for de sidste 12 måneder.

Ja ☐*

Nej ☐

Helbredserklæring | Lægens Vurderingsskema

Deltagerens Navn

Fødselsdato

(Blok bogstaver)

Dato (dd/mm/åååå)

Den overnævnte person anmoder om din mening om hans/hendes medicinske egnethed til at deltage i rekreativ dykning eller fridykning eller aktivitet. Besøg venligst uhms.org for medicinsk vejledning om sygdomstilstande, da det vedrører dykning. Gennemgå de områder, der er relevante for din patient, som en del af din evaluering.

Vurderingsresultat

☐ Godkendt – Jeg finder ingen grunde, som jeg vil betegne som inkompatible med rekreativ dykning eller fridykning

☐ Ikke godkendt – Jeg finder grunde, som jeg vil betegne som inkompatible med rekreativ dykning eller fridykning

Underskrift autoriseret læge eller anden autoriseret sundhedsperson

Dato (dd/mm/åååå)

Lægens navn

(Blok bogstaver)

Klinik/Hospital

Title/speciale

Adresse

Telefon

Email

Lægen/Klinikkens Stempel (valgfri)

Created by the [Diver Medical Screen Committee](#) in association with the following bodies:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego