

Erklæring om helbred samt forståelse og accept af risiko

Venligst læs omhyggeligt. Udfyld alle blanke felter før underskrift.

1. Jeg, _____
erklærer hermed at jeg blevet advaret om den selvfølgelige risiko der forekommer ved skin- og scuba dykning og særskilt om:
2. At dykning med komprimeret luft indebærer en selvfølgelig risiko for dekompressionssyge, emboli og andre tryk-skader og at sådanne skader kan medføre alvorlig invaliditet eller død.
3. At skader af den i paragraf 1 omtalte type kan kræve behandling i et dekompressionskammer.
4. At skin- og scuba dykning er en fysisk krævende aktivitet og at sårbare personer kan få hjerte anfald, panik eller hyperventilation.
5. At scuba dykning indebærer brug af udstyr der kan fejl funktionere med deraf øget risiko for død eller invaliditet.
6. At skin- og scuba dykning nødvendigvis involverer en kontakt med de naturlige elementer inkluderet, men ikke begrænset til, storm, blæst, vind, bølger, brænding og undervands liv. En sådan kontakt forøger risikoen for død eller invaliditet.
7. At prøvedyk er designet til at give mig en sikker introduktion til scuba dykning. Programmet er på ingen måde beregnet til at træne mig som en kompetent dykker. Jeg forstår og erkender yderligere at jeg skal være grundigt undervist i scuba under direkte supervision af en kvalificeret instruktør for at blive en certificeret kompetent dykker.

Jeg er blevet informeret om at det kan medføre sundhedsskadelig dekompressionssyge, hvis jeg flyver mindre end 24 timer efter dette programs afslutning og jeg erklærer at jeg ikke har indtaget alkohol i 24 timer før programmet finder sted.

I forbindelse med at jeg deltager på dette prøvedyk, påtager jeg mig personligt i forbindelse med det omtalte program alle risici for alle skader, sygdomme med videre, som måtte tilføjes eller tilstødes mig uanset om disse er forudsatte eller uforudsatte.

Jeg erklærer at jeg forud for dykket er blevet informeret om de vigtige sikkerhedsregler, der gælder angående åndedræt og trykudligning under dykning.

Besvar venligst alle spørgsmål angående din nuværende og tidligere helbredshistorie med JA eller NEJ. Ved tvivl bør du svare JA. Et JA til et spørgsmål betyder ikke nødvendigvis, at du ikke må dykke, det betyder, at der måske er en helbredsmæssig tilstand, der kan påvirke sikkerheden under dykning, du skal derfor søge råd hos din læge før du deltager i dykning.

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Insulin afhængig (Diabetes tidligere Diabetes) | <input type="checkbox"/> Hjertesygdom eller anfald | <input type="checkbox"/> Svimmelhed, periodisk coma eller bevidsthedstab | <input type="checkbox"/> Sinus- eller bihule problemer |
| <input type="checkbox"/> Alkoholmisbrug | <input type="checkbox"/> Nylig gennemgået operation eller sygdom | <input type="checkbox"/> Narkotika (mis)brug | <input type="checkbox"/> Spontan Pneumothorax |
| <input type="checkbox"/> Astma, vejrtrækningsbesvær, pibende vejrtrækning når du motionerer | <input type="checkbox"/> Kraftig eller ofte migræne | <input type="checkbox"/> Øreinfektion, operation eller balanceproblemer. | <input type="checkbox"/> Foramen ovale (hul i hjertet) |
| <input type="checkbox"/> Åndedrætsproblemer | <input type="checkbox"/> Anvender medicin eller er under lægelig behandling | <input type="checkbox"/> Bevægelsesyge (køre- eller søsyge) | <input type="checkbox"/> Dykker- drukneulykke |
| <input type="checkbox"/> Klaustrofobi eller agorafobi (angst for lukkede eller åbne rum) | <input type="checkbox"/> Blødningstendenser eller anden blodsygdom | <input type="checkbox"/> Følelses- eller nervemæssige problemer | <input type="checkbox"/> Trykudlignings-problemer |
| <input type="checkbox"/> Adfærdsproblemer | <input type="checkbox"/> Højt blodtryk eller tager medicin mod dette | <input type="checkbox"/> Epilepsi, krampeanfald | <input type="checkbox"/> Patienthistorie af helbredsmæssig karakter |
| <input type="checkbox"/> Høfeber eller allergi | <input type="checkbox"/> Bronkitis | <input type="checkbox"/> Rygoperation eller rygproblemer | <input type="checkbox"/> Gravid |
| | | | <input type="checkbox"/> Brok eller kolostomi |

Har du nogensinde været nødsaget til at stoppe scuba undervisning eller deltagelse i sportslige aktiviteter af helbreds-mæssige årsager? _____

Er du over 45 år og et af følgende? Ryger dagligt cigaretter, cigarer eller pibe, har et højt kolesteroltal, haft hjerteslag eller anfald? _____

Svært ved at udføre moderate motionsøvelser (f.eks. gå 1600 m. på under 12 min.) _____

Hvis NEJ i alle ovennævnte bekræft venligst med ordet Ja at dette er korrekt (**alle** spørgsmål skal være besvaret skriftligt)? _____

Jeg bekræfter at jeg har læst, har fået forklaret og forstået denne erklæring før underskrivningen. Informationerne jeg har afgivet på erklæringen er sande og korrekte i forhold til min viden og tro. Jeg erklærer yderligere at jeg er myndig og lovligt stand til at underskrive denne erklæring. Alternativt er den skriftlige tilladelse fra mine forældre eller værge given herunder.

Deltagers signatur
Dag/Måned/År _____

Forældres/værges signatur
Dag/Måned/År _____