

## PADI HELBREDSEKTLÆRING (FORTROLIGE OPLYSNINGER)

### Venligst gennemlæs grundigt inden du underskriver.

Dette er en erklæring, hvori du oplyses om nogle potentielle risici i forbindelse med sportsdykning og den adfærd, der kræves af dig i forbindelse med dykkerkurset. Der kræves, at du underskriver denne erklæring for at kunne deltage på dykkerkurset, der tilbydes af :

### Gennemlæs denne erklæring grundigt inden du skriver under.

Du skal udfylde denne helbredserklæring, der inkluderer et helbredshistorie afsnit, inden du kan deltage på et flaskedykkerkursus. Hvis du er mindreårig, skal denne erklæring underskrives af dine forældre/væрге.

Dykning er en spændende og krævende aktivitet. Når dykning udføres korrekt, med de rette teknikker, er det meget sikkert. Men følges de etablerede sikkerhedsregler ikke, opstår farerne.

For at dykke sikkert, må du ikke være meget overvægtig eller i dårlig form. Dykning kan være 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, kontakt da din læge og din instruktør inden du deltager i dykning.

Af din instruktør skal du også lære de vigtige sikkerhedsregler, der gælder angående åndedræt og trykudligning under dykning.

Ukorrekt anvendelse af dykkerudstyr kan resultere i alvorlige uheld. Du skal grundig instrueres i dets anvendelse under direkte opsyn af en kvalificeret instruktør, for at anvende det korrekt.

Har du yderligere spørgsmål angående denne erklæring eller din helbredshistorie, gennemgå dem da med din instruktør, før du underskriver.

## HELBREDSHISTORIE

### Til kursisten:

Formålet med disse helbredsmæssige spørgsmål er, at klarlægge om du skal undersøges af din læge inden du deltager på sportsdykker kurset. Vi vil altid anbefale, at du forespørger din læge, om det helbredsmæssigt er forsvarligt, at du deltager på dette kursus.

Et positivt svar på et spørgsmål betyder ikke nødvendigvis, at du ikke kan dykke. Et positivt svar betyder, at der måske er en helbredsmæssig tilstand, der kan påvirke sikkerheden under dykning, du **skal** derfor søge råd hos din læge.

Venligst besvar følgende spørgsmål angående din nuværende og tidligere helbredshistorie med JA eller NEJ. Hvis du er i tvivl, svar JA. Hvis nogen af disse emner er gældende for dig, skal vi bede dig kontakte din egen læge *før* du deltager i dykning. Din instruktør eller dykkercenter vil udlevere "PADI medical Statement and Guidelines for Recreational Scuba Diver's Physical Examination", der skal udfyldes af din læge.

\_\_\_\_\_ Kunne du være gravid ell. planlægger du graviditet?

\_\_\_\_\_ Tager du regelmæssigt receptpligtig medicin ell. anden medicin (fødselskontrollerende medicin undtaget)?

\_\_\_\_\_ Er du *over 45 år og* et af følgende?  
 Ryger pipe, cigar ell. cigaretter  
 Har et højt kolesteroltal  
 Haft hjerteslag ell. anfald i familien

### Har du eller har du tidligere haft .....

\_\_\_\_\_ Astma, vejrtrækningsbesvær, vejrtrækningsbesvær (pibende vejrtrækning) når du motionerer?

\_\_\_\_\_ Ofte eller kraftige angreb af høfeber ell. allergi?

\_\_\_\_\_ Ofte forkølelse, bihuleproblemer ell. bronchitis?

\_\_\_\_\_ Pneumothorax (sammenklappede lunger)?

\_\_\_\_\_ Brystoperation (brystkasse / lunger)?

\_\_\_\_\_ Klaustrofobi ell. agorafobi (angst for lukkede ell. åbne rum)?

\_\_\_\_\_ Adfærdsmæssige helbredsproblemer

\_\_\_\_\_ Epilepsi, krampeanfald, krampetrækninger ell. tager medicin for at undgå ovennævnte?

\_\_\_\_\_ Periodisk migræne hovedpine ell. tager medicin imod dette?

\_\_\_\_\_ Tidligere haft "Black outs" ell. er besvimet (hel ell. delvis tab af bevidsthed)?

\_\_\_\_\_ Lider du ofte af bevægelsessyge (køre- ell. søsyge)

\_\_\_\_\_ Været udsat for dykkerulykke ell. dekompressions syge (trykaldssyge)?

\_\_\_\_\_ Periodisk tilbagevendende rygproblemer?

\_\_\_\_\_ Gennemgået rygoperation?

\_\_\_\_\_ Diabetes (sukkersyge).

\_\_\_\_\_ Problemer med ryg, arm ell. ben efter operation, ulykke ell. fraktur (brækket)?

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

\_\_\_\_\_ Højt blodtryk ell. tager medicin for at kontrollere blodtrykket?

\_\_\_\_\_ Hjerte sygdom?

\_\_\_\_\_ Hjerteanfald?

\_\_\_\_\_ Hals-, hjerte ell. blodkarsoperation?

\_\_\_\_\_ Øre- ell. bihuleoperation?

\_\_\_\_\_ Øresygdomme, hørelsestab ell. balanceproblemer?

\_\_\_\_\_ Trykudligningsproblemer under rejser i fly ell. bjerge?

\_\_\_\_\_ Blødningstendenser ell. anden blodsygdom?

\_\_\_\_\_ Nogen form for brok?

\_\_\_\_\_ Åbne sår ell. åben sårs operation (f.eks. mavesår)?

\_\_\_\_\_ Kolostomi (tarmudføring igennem bugvæggen)?

\_\_\_\_\_ Alkohol ell. narkotikamisbrug?

**De informationer, jeg har afgivet angående min helbredshistorie, er efter min bedste viden nøjagtige.**

FULDE NAVN / UNDERSKRIFT

DATO

FORÆLDRE / VÆRGES NAVN OG UNDERSKRIFT, hvis aktuelt

DATO

## KURSIST

Venligst skriv tydeligt med blokbogstaver.

Navn (for - mellem - efter): \_\_\_\_\_

Fødselsdato: \_\_\_\_\_ Alder: \_\_\_\_\_

Postadresse: \_\_\_\_\_

Post nr.: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

Tlf. privat: \_\_\_\_\_ Tlf. arbejde: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Navn og adresse på egen læge

Læge: \_\_\_\_\_ Klinik/hospital: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Tlf.: \_\_\_\_\_

Dato for sidste lægeundersøgelse: \_\_\_\_\_ Lægens navn: \_\_\_\_\_

Klinik/hospital: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Er du nogensinde blevet helbredsundersøgt for dykning?  Ja  Nej

---

## LÆGE:

Denne person ønsker at deltage på kursus eller er for nuværende certificeret til scuba (self contained underwater breathing apparatus, dykning med luftflasker) dykning. De bedes venligst angive Deres mening angående denne persons helbredsmæssige egnethed for deltagelse i dykning.

## LÆGENS INDTRYK:

Jeg finder ikke helbredsmæssige betingelser, som jeg mener er uforenelig med dykning.

Jeg er ikke i stand til at anbefale denne person til dykning.

Bemærkninger: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lægens underskrift: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Lægens fulde navn: \_\_\_\_\_

Klinik / Hospital: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Tlf.: \_\_\_\_\_