



Hälsodeklaration – deltagarinformation (konfidentiell information)



Läs noggrant genom detta dokument och fyll i alla tomma fält innan du undertecknar.

Detta är ett intyg där du informeras om några potentiella riskmoment vid dykning och det uppförande som krävs av dig för den aktivitet du ska delta i. Din underskrift krävs för att du ska få påbörja dykkursen. Dessutom är det viktigt att du omedelbart underrättar din dykinstruktör om ditt medicinska hälsotillstånd skulle ändras någon gång under dina dykprogram.

Läs igenom texten på denna blankett noggrant innan du skriver under. Du ska fylla i den egna hälsodeklarationen innan du får delta i dykkursen. Om du inte är myndig måste blanketten skrivas under av någon av dina föräldrar/målsman. Dykning kan vara en spännande och krävande aktivitet. När dykningen utförs på ett riktigt sätt med rätt tekniker är den mycket säker. Om säkerhetsreglerna inte följs kan farliga situationer uppstå.

För att kunna dyka säkert får du inte vara extremt överviktig eller ha dålig kondition. Under vissa förhållanden kan dykning vara mycket ansträng-

ande. Du får inte heller ha allvarliga sjukdomar i luftvägarna eller i hjärt/kärlsystemet. Kroppens luftfyllda hålrum måste fungera utan några allvarliga problem. En person med hjärtproblem, förkylning, epilepsi, allvarliga medicinska problem eller som är påverkad av alkohol eller droger får inte dyka. Om du använder medicin bör du konsultera läkare eller din instruktör innan du deltar på kursen, och även efter kursen, för att få reda på om medicinen påverkar dykningen. Din instruktör kommer att lära dig de viktigaste säkerhetsreglerna för andning och tryckutjämning vid dykning. Felaktig användning av dykutrustningen kan medföra allvarliga skador. Du ska därför gå en kurs under direkt övervakning av en instruktör så att du lär dig rätt användning.

Om du har ytterligare frågor om denna hälsodeklaration ska du diskutera dessa med din instruktör innan du skriver under.

Egen hälsodeklaration

Till deltagaren:

Avsikten med dessa frågor om din hälsa är att ta reda på om du behöver undersökas av en läkare innan du påbörjar dykkursen. Svarar du ja på någon av frågorna om din hälsa betyder detta inte automatiskt att du inte kan dyka. Det innebär bara att du kan ha en skada eller sjukdom som kan påverka din säkerhet vid dykning. Dessa indikationer måste därför diskuteras med läkare.

Besvara nedanstående frågor med ett JA eller ett NEJ. Är du osäker ska du svara JA. Om någon av dessa frågor gäller dig måste du ta kontakt med en läkare för att få ett godkännande innan du deltar i någon dykaktivitet. Bifogat till denna blankett finns "RSTC Guidelines for Recreational Scuba Diver's Physical Examination" som läkaren ska använda vid bedömningen.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Är du eventuellt gravid, eller försöker du att bli gravid? | <input type="checkbox"/> Andra sjukdomar i bröstet eller genomgått operation i bröstkorgen? | <input type="checkbox"/> Genomgått ryggoperation? |
| <input type="checkbox"/> Tar du regelbundet receptbelagd medicin eller annan medicin (med undantag för p-piller)? | <input type="checkbox"/> Beteendemässiga, mentala eller psykologiska problem (panikanfall, ångest för slutna rum eller öppna platser)? | <input type="checkbox"/> Diabetes (sockersjuka)? |
| <input type="checkbox"/> Är du över 45 år och gäller en eller flera av nedanstående punkter dig? <ul style="list-style-type: none">• Röker pipa, cigarr eller cigaretter• Är under medicinsk behandling• Har höjd kolesterolnivå• Har högt blodtryck• Har haft hjärtinfarkt eller hjärnblödning i släkten• Har diabetes (även om den regleras genom dieten) | <input type="checkbox"/> Epilepsi, krampanfall, konvulsioner eller tar mediciner för att förhindra detta? | <input type="checkbox"/> Problem med rygg, arm eller ben efter operation, olycka eller fraktur? |
| Har du tidigare haft eller har du nu... | <input type="checkbox"/> Periodisk migrän eller har tagit/tar nu mediciner mot detta? | <input type="checkbox"/> Högt blodtryck eller tar mediciner för att kontrollera detta? |
| <input type="checkbox"/> Astma, ansträngd andning, eller pipande andning vid träning? | <input type="checkbox"/> Tidigare haft besvär med svimning (helt eller delvis förlorat medvetandet)? | <input type="checkbox"/> Hjärtsjukdom? |
| <input type="checkbox"/> Ofta förekommande eller kraftiga anfall av hösnuva eller allergi? | <input type="checkbox"/> Ofta förekommande eller kraftigt åksjuka (sjösjuka eller åksjuka osv.)? | <input type="checkbox"/> Hjärtinfarkt? |
| <input type="checkbox"/> Ofta förkylning, bihåleproblem eller bronkit? | <input type="checkbox"/> Dysenteri eller dehydrering som krävt medicinsk behandling? | <input type="checkbox"/> Kärilkramp eller har genomgått hjärtoperation eller operation i kärlsystemet? |
| <input type="checkbox"/> Någon form av lungsjukdom? | <input type="checkbox"/> Varit utsatt för dykolycka eller tryckfallssjuka? | <input type="checkbox"/> Genomgått bihåleoperation? |
| <input type="checkbox"/> Pneumotorax (lungkollaps)? | <input type="checkbox"/> Problem med att utföra moderat fysiskt arbete (som att gå 1,6 km/1 mile på kortare tid än 12 minuter)? | <input type="checkbox"/> Sjukdom eller genomgått operation i öron, problem med hörsel eller balans? |
| | <input type="checkbox"/> Huvudskada med medvetlöshet under de senaste 5 åren? | <input type="checkbox"/> Upprepade problem med öronen? |
| | <input type="checkbox"/> Ständiga ryggproblem? | <input type="checkbox"/> Blödning eller andra blodsjukdomar? |
| | | <input type="checkbox"/> Bråck? |
| | | <input type="checkbox"/> Magsår eller opererad för magsår? |
| | | <input type="checkbox"/> Genomgått stornioperation? |
| | | <input type="checkbox"/> Problem med missbruk av läkemedel, narkotika eller alkohol under de senaste 5 åren? |

De upplysningar jag gett om min hälsa är riktiga enligt min kännedom om min situation. Jag bekräftar härmed att det är mitt eget ansvar att underrätta min dykinstruktör om alla eventuella ändringar av mitt medicinska hälsotillstånd under hela den period som jag deltar i dykprogram. Jag inser att jag själv har fullt ansvar för utelämnade upplysningar om uppenbara existerande eller tidigare medicinska förhållanden.

Deltagarens underskrift

Datum (Dag/Månad/År)

Förälders eller vårdnadshavarens underskrift

Datum (Dag/Månad/År)