



DANSK SPORTSDYKKER FORBUND
IDRÆTTENS HUS, BRØNDBY STADION 20
2605 BRØNDBY

Medlem af C.M.A.S. – Medlem af D.I.F.
TELEFON 43 26 25 60

Dansk Sportsdykker Forbunds formular for lægeundersøgelse i forbindelse med udstedelse (fornyelse) af sportsdykkercertifikat

Udfyldes med blokbogstaver eller skrivemaskine.

AFSNIT 1: Udfyldes af ansøgeren inden henvendelse til lægen og underskrives i lægens nærværelse, efter lægen har gjort sig bekendt med ansøgerens svar.

AFSNIT 2: Udfyldes af den attestudstedende læge.

Det vil ofte være hensigtsmæssigt at bestille tid til denne undersøgelse.

Ansøgerens fulde navn:	
CPR - nummer	
Nuværende stilling:	Evt. tlf. nr.
Adresse:	

Første attest som sportsdykker Fornyelse Tidligere ansøgt

AFSNIT 1

Ansøgerens oplysninger om tidligere og nuværende sygdomme og tilskadekomst.

Har De eller har De haft følgende sygdomme?	Nej	Ja
1. ALVORLIGE INFEKTIONSSYGDOMME		
a. Hyppige halsbetændelser		
b. Gigtfeber		
c. Hjernebetændelse (meningitis)		
d. Malaria eller anden tropesygdom		
e. Andre alvorlige infektionssygdomme		
2. LUNGESYGDOMME		
a. Bronchitis		
b. Asthma		
c. Lungebetændelse (indenfor de sidste 6 måneder)		
d. Tuberkulose		
e. Sammenfald af lunge		
f. Andre lungesygdomme		
3. SYGDOMME I KREDSLØBET		
a. Åndenød i forb. med eller efter anstrengelse		
b. Åndenød om natten		
c. Hurtig eller uregelmæssig puls		
d. Hævede ankler		
e. Besvimelser		
f. Sortnen for øjnene		
g. Smerter i hjerteregionen i hvile eller ved anstrengelse		
h. Forhøjet blodtryk		

Har De eller har De haft følgende sygdomme?	Nej	Ja
i. Medfødt eller anden hjertesygdom		
j. Tidligere EKG undersøgelser (hertekardiogram)		
4. NYRE- ELLER URINVEJSSYGDOMME		
a. Blod eller æggehvide i vandet		
b. Blærebetændelse		
c. Nyresten		
d. Andre nyre- eller urinvejssygdomme		
5. SYGDOMME I UNDERLIV ELLER KØNSORGANER		
6. MAVE- OG TARMSYGDOMME		
a. Fordøjelsesbesvær		
b. Gulsot eller anden leverlidelse		
c. Galdesten		
d. Mavesår		
e. Brok		
f. Andre mave/tarmsygdomme		
7. NERVE- ELLER SINDSLIDELSE		
a. Epilepsi, kramper, eller bevidstløshed		
b. Hjernerystelse eller kraniebrud		
c. Migræne eller kraftig hovedpine		
d. Andre sygdomme i nervesystemet		
e. Nervøsitet, depression eller anden psykisk lidelse		

Har De eller har De haft følgende sygdomme?	Nej	Ja
8. HUDSYGDOMME		
9. SYGDOMME I LED, KNOGLER, MUSKLER		
a. Ledsygdomme eller skader		
b. Åreknuder		
c. Andre lidelser		
10. STOFKIFTESYGDOMME		
a. Sukkersyge		
b. Andre stofskiftesygdomme		
11. SYGDOMMER I ØRE, NÆSE ELLER HALS		
a. Hørenedsættelse		
b. Mellemørebetændelse		
c. Hyppige bihulebetændelser		
d. Gentagne næseblødninger		
e. Andre lidelser i øre, næse eller hals		
12. ØJENSYGDOMME M.M.		
a. Anvendes briller eller kontaktlinser		
b. Styrken af disse:		

Har De eller har De haft følgende sygdomme?	Nej	Ja
13. OVERFØLSOMHED (ALLERGIER)		
Hvilke?		
14. FORGIFTNINGSTILFÆLDE herunder med skadelige luftarter		
15. BLØDERSYGDOM ELLER ANDEN BLØDSYGDOM?		
Hvilken?		
16. ANDRE LIDELSER END OVENNÆVNTE		
Hvilken?		
17. I ØVRIGT ØNSKES OPLYST OM FLG.:		
a. Alvorlig tilskadekomst		
b. Indlæggelse på sygehus		
c. Operation		
i bekræftende fald: hvor, hvornår og for hvad?		
18. FØLER DE DEM FULDSTÆNDIG RASK		

YDERLIGERE OPLYSNINGER OM DE LIDELSER, HVOR DER OVENFOR ER SVARET JA

Hvornår , sygemelding nødvendig, hvor længe, hvilken type medicin blev ordineret?

HAR DE NOGET FAST ELLER LEJLIGHEDSVIS FORBRUG AF:**TOBAK?** Hvor meget pr.dag**ALKOHOL?** Hvor meget i gennemsnit / uge**MEDICIN?** Hvilke præparater og for hvad**HAR DE HAFT PROBLEMER VED EVENTUELLE TIDLIGERE DYKNINGER? JA NEJ**

Hvis ja

Er De nogensinde mistænkt eller behandlet for dykkersyge ja nej

Ovenstående spørgsmål erklærer jeg hermed at have besvaret efter bedste overbevisning, og jeg er vidende om at der I tilfælde af alvorlig sygdom og / eller ulykkestilfælde i fremtiden skal der foretages ny vurdering af egnethed til dykning. Det samme gør sig gældende hvis der opstår tilstande der kræver fast medicin

Jeg erklærer mig indforstået med, at man indhenter de oplysninger vedrørende helbredstilstand, der skønnes nødvendig for vurdering af min egnethed – hos praktiserende læge – speciallæge – sygehuse.

For ansøgere under 18 år kræves foruden ansøgers underskrift forældres/værges underskrift

ANSØGERENS UNDERSKRIFT –

Dato

Ansøgers underskrift

Forældres/værges underskrift

AFSNIT 2: LÆGENS UNDERSØGELSE

1. Vægt: _____ kg. uden overtøj Højde _____ cm uden fodtøj				Lægens bemærkninger:	
2 Blodtryk: (målt med mindst 1 minuts interval)					
	Systolisk				mm
	Diastolisk				Hg
	Pulsfrekvens /min				ia.
3. Cardio-pulmonale status, inklusive stetoscopia c. et p.					
4. Lymfeknuder (hals, axilla, inguinae)					
5. Gl. Thyroidea					
6. Abdomen (nyreloger, brokporte).					
7. Ryg (columna).					
8. Ekstremiteter (kraft, tonus, varicer)					
9. Nervesystemet (patellar- plantarreflekser, finger-næse forsøg Romberg).					
10. Øjne	Stilling, bevægelighed				
	Pupilforhold				
	Synsfelt (for finger)				
	Synsstyrke	u. korr.	m. korr.		
	Højre øje				
	Venstre øje				
	Begge øjne				
11. Mund og svælg (tandstatus)					
12. Ydre næse (luftpassage)					
13. Ører	Hørelsen: Kan almindelig talestemme forstås i 4 m. afstand, hver øre for sig?				
	Otoscopi, specielt membrana tympani (normal bevægelighed ved udførsel af valsalmåne)?				

14. Indeholder urinen protein glucose blod .

(Er urinen ikke ladt under lægens kontrol, skal undersøgte her ved sin underskrift bekræfte at den er ladt af pågældende).

Underskrift

15. RØNTGEN-undersøgelse af THORAX - 2 planer foretages kun på lægelig indikation – og ikke som rutine *

Ikke fundet indiceret

RTG THORAX taget på indikation.....

Sted: _____ Dato: _____.

Resultat: _____.

* Anbefales til alle førstegangsattester hos aspiranter > 40 år.

17. Eventuelt lungefunktionsundersøgelse (Peak Flow er fuldt tilstrækkelig).

Supplerende oplysninger, herunder bemærkninger til ansøgerens oplysninger:

Undertegnede læge bekræfter, at der ikke umiddelbart findes helbredsmæssige forhold hos ansøgeren, der ud fra et medicinske synspunkt er uforenelige med anvendelsen af komprimerede luftarter som åndemiddel – det være sig SCUBA dykning, dykning med overfladeforsynet åndedrætsapparat eller snorkel-dykning.

Dato for undersøgelsen: _____

Anbefalet fornyet helbredsundersøgelse om 5 år andet / årsag.....

Lægens navn og adresse: (med blokbogstaver eller stempel)

Underskrift

Læge bemærkninger: