



Záznam účastníka výcviku, prohlášení o zdravotním stavu – důvěrné informace

Jméno a příjmení:

Tímto prohlášením jste informováni o potenciálních rizicích jeskynního potápění s přístroji a o nezbytném chování během výcviku. Váš podpis na tomto dokumentu je nutnou podmínkou pro Vaši účast v tomto výcviku. Před podpisem si toto prohlášení přečtěte a prodiskutujte je. Toto prohlášení o „zdravotním stavu“, které obsahuje Vaši anamnézu, musíte před účastí ve výcviku vyplnit.

Jeskynní potápění je náročná činnost a při správném chování a použití správných technik je činností bezpečnou. Pokud se však bezpečnostní postupy nedodrží, dochází ke vzniku rizik. Aby bylo potápění s přístrojem bezpečné, nesmíte mít extrémní nadváhu a nesmíte mít špatnou fyzickou formu. Potápění může být v určitých situacích velmi náročné. váš dýchací a cévní oběh musí být v dobrém zdravotním stavu. Stejně tak všechny dutiny ve vašem těle, naplněné vzduchem, musí být v pořádku a zdravé. Osoba se srdečními obtížemi, nachlazením, střevními a žaludečními obtížemi, epilepsií, astmatem nebo jinými vážnými zdravotními obtížemi, nebo, která používá léky, omamné prostředky nebo alkohol, by se neměla potápět. pokud používáte léky, poraďte se před účastí ve výcviku se svým lékařem případně instruktorem.

Během výcviku si budete muset osvojit nejdůležitější pravidla týkající se bezpečného dýchání a vyrovnávání tlaku. Nesprávné použití výstroje může vést k vážným úrazům. proto se během výcviku musíte naučit bezpečnému používání výstroje. Pokud budete při vyplňování tohoto formuláře nějaké dotazy, prodiskutujte je před podpisem s Vaším instruktorem nebo organizátorem výcviku.

Údaje účastníka o jeho zdravotním stavu (Anamnéza)

Následující dotazník slouží ke zjištění, zda před účastí ve výcviku není třeba provést lékařské vyšetření. Kladná odpověď na některou z otázek vás nemusí nutně z potápěčského sportu vyloučit. Kladně zodpovězená otázka poskytuje informaci o stavu, který může při potápění negativně působit na Vaši bezpečnost. V tomto případě se musíte poradit se svým lékařem.

Na následující otázky odpovězte vzhledem k vašemu současnému nebo minulému zdravotnímu stavu buď ANO nebo NE. pokud si nejste zcela jisti, odpovězte ANO. Pokud je některá z otázek zodpovězena ANO, potom musíte svoji účast v tomto výcviku konzultovat se svým lékařem a doložit jeho písemné vyjádření.

Je možné, že jste těhotná nebo plánujete těhotenství (pouze ženy) ANO / NE

Používáte pravidelně předepsané nebo nepředepsané léky? (s výjimkou antikoncepce) ANO / NE

Uveďte všechny léky, které užíváte:

Je Vám více než 45 let a splňujete některý z uvedených bodů?

- Máte zvýšený obsah cholesterolu? ANO / NE
- Máte (měli jste) v rodině srdeční příhody nebo infarkty? ANO / NE

Měli jste v minulosti některou z níže uvedených nemocí nebo jí trpíte v současné době?

- | | | | |
|---|----------|---|----------|
| • astma, potíže s dechem při tělesné námaze? | ANO / NE | • problémy v důsledku chir. zásahů, úrazů, příp. zlomeniny v oblasti páteře, paží nebo nohou? | ANO / NE |
| • časté nebo vážné záchvaty senné rýmy, příp. alergií? | ANO / NE | • neschopnost provádět středně těžká tělesná cvičení (např. ujít 2 km za 15 min)? | ANO / NE |
| • častá nachlazení, zánět vedlejších dutin, zánět průdušek? | ANO / NE | • trpíte vysokým tlakem nebo berete léky na jeho snížení? | ANO / NE |
| • jakákoliv onemocnění plic? | ANO / NE | • prodělal(a) jste nemoci srdce? | ANO / NE |
| • pneumotorax (kolaps plic)? | ANO / NE | • prodělal(a) jste infarkt? | ANO / NE |
| • chirurgické zásahy v oblasti hrudního koše | ANO / NE | • prodělal(a) jste operaci ucha, vedlejších lebečních dutin (čelních, nosních, ...)? | ANO / NE |
| • agorafobie nebo klaustrofobie (strach z otevřených nebo uzavřených prostor) | ANO / NE | • angina pectoris / chirurgická operace v oblasti srdce nebo tepen? | ANO / NE |
| • zdravotní problémy při netypickém chování / náladách (deprese)? | ANO / NE | • prodělal(a) jste choroby uší, nedoslýchavost nebo máte poruchy rovnováhy? | ANO / NE |
| • epilepsie, záchvaty, křeče nebo berete proti nim léky? | ANO / NE | • máte potíže při vyrovnávání tlaku při jízdách v kopcích, příp. v letadle? | ANO / NE |
| • opakované bolesti hlavy charakteru migrény nebo berete proti nim léky? | ANO / NE | • trpíte krvácením, příp. poruchami srážlivosti krve? | ANO / NE |
| • poruchy paměti nebo mdloby, částečná nebo úplná ztráta vědomí? | ANO / NE | • kýly měkkých tkání (třísla, pupek, bránice)? | ANO / NE |
| • časté nevolnosti při jízdě ve člunu nebo autě (možská nemoc)? | ANO / NE | • žaludeční vředy, operativně odstraněné vředy? | ANO / NE |
| • postižení virem HIV? | ANO / NE | • potíže se žaludkem a střevy? | ANO / NE |
| • nehoda při potápění nebo dekompresní nemoc? | ANO / NE | • používání omamných prostředků, nadměrná konzumace léků a alkoholu? | ANO / NE |
| • stále se vracející potíže se zády nebo páteří? | ANO / NE | • máte jiné, zde neuvedené zdravotní potíže? | ANO / NE |
| • chirurgické zásahy v oblasti páteře? | ANO / NE | | |
| • diabetik? | ANO / NE | | |

Tímto prohlašuji, že výše uvedené údaje týkající se mého zdravotního stavu jsou pravdivé a byly uvedeny podle nejlepšího vědomí a svědomí. Údaje jsem poskytl dobrovolně z vlastní vůle.

Datum: Podpis účastníka: