



IZJAVA O ZDRAVSTVENEM STANJU kandidata, za tečaj potapljanja

Glede na ta vprašalnik, se bo Vaš inštruktor potapljanja odločil ali je potrebno, da pred potapljaškim tečajem opravite zdravniški pregled. Vsi podatki, ki jih boste navedli, so zaupni in na vpogled samo Vašemu inštruktorju in zdravniku.

Na sledeča vprašanja odgovorite z **DA** ali **NE**. Če niste prepričani, napišite **DA**.

-Ali ste mogoče noseči?
-Ali redno jemljete zdravila (razen kontracepcije)?
-Ali ste starejši od 45 let?
-Ali lahko prehodite 1 km?

Ali ste kdaj imeli, oziroma ali veste da imate:

- | | |
|---|--|
|Astmo ali napade težkega dihanja ob delu? |Operacijo na ušesih ali sinusih? |
|Pogoste ali resne alergične reakcije? |Vnetja ušes? |
|Pogoste bronhitise ali sinusitise? |Izgubo sluha? |
|Bolezen pljuč? |Vrtoglavice? |
|Pneumothorax (prosti zrak v prsni votlini)? |Težave z ravnotežjem? |
|Operacijo na prsnem košu? |Težave z izenačevanjem pritiska v ušesih (v avionu ali pri vožnji v hribe)? |
|Klaustrofobijo (strah pred zaprtim prostorom)? |Pogoste bolečine v križu? |
|Epilepsijo (božjast)? |Operacijo na hrbtenici? |
|Pogoste migrene? |Hude krvavitve? |
|Sladkorno bolezen? |Težave s strjevanjem krvi? |
|Visok krvni pritisk? |Hernio (kilo)? |
|Težave s srcem? |Rano na želodcu? |
|Šum na srcu? |Operacijo na trebuhu? |
|Srčni infarkt (srčno kap)? |Potapljaško nesrečo? |
|Bolečine za prsnico? |Dekompresijsko bolezen? |
|Napade hitrega utripanja srca? |Odvisnost od alkohola? |
|Nezavest ali izgubo spomina? |Odvisnost od drog? |
|Bolezen gibanja (morsko bolezen)? | |
|Resno prometno nesrečo? | |

Zaradi svoje varnosti, s svojim podpisom potrjujem, da so zgoraj navedeni podatki resnični. Zavedam se, da navajanje napačnih podatkov ne škoduje samo meni, temveč tudi tistim, ki se bodo potapljali z menoj.

.....
ime in priimek tečajnika

.....
podpis

.....
datum in mesto

.....
podpis staršev oz. skrbnika za mladoletne

*zdravniška komisija SPZ
SPZ obrazec št. 01p*



Izpolni inštruktor potapljanja

.....
ime in priimek inštruktorja oz. stampiljka

Glede na priporočila Zdravniške komisije SPZ in na odgovore na prejšnja vprašanja menim da:

- a) ni potrebno
- b) je potrebno

da kandidat opravi zdravniški pregled za
opravljanje potapljaškega tečaja za pridobitev kategorije.....

Izpolni tečajnik

.....
ime in priimek

.....
starost

.....
datum rojstva

.....
točen naslov bivanja (ulica, hišna številka, mesto, država)

.....
telefonska številka doma (GSM)

.....
telefonska številka v službi

Koga obvestiti v primeru nesreče:

.....
ime in priimek

.....
telefonska številka



Izpolni zdravnik

.....je kandidat za opravljanje potapljaškega tečaja.
ime in priimek tečajnika

Prosimo, preglejte ***Navodila in priporočila za zdravniški pregled rekreativnih SCUBA potapljačev.***

Menim, da kandidat:

- a) je sposoben (ne najdem bolezni ali stanj, ki bi bile nezdružljive s potapljanjem)
- b) ne morem potrditi, da je sposoben

za opravljanje potapljaškega tečaja.

Če je sposoben, menim da so, zaradi varnosti, priporočljive omejitve:

.....
.....
.....
.....

Pregledal sem ***Navodila in priporočila za pregled rekreativnih SCUBA potapljačev.***

.....
ime in priimek zdravnika oz. stampiljka

.....
podpis zdravnika

.....
datum in mesto

*zdravniška komisija SPZ
SPZ obrazec št. 01 p*