



# EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

Résztevő nyilatkozata (Bizalmas információ)

## Aláírás előtt gondosan olvassa el.

Ez egy olyan nyilatkozat, melyben Ön tájékoztatást kap a légzőkészülékes búvárkodással kapcsolatos bizonyos kockázatokról és a légzőkészülékes búvár oktatási program során Öntől elvárt viselkedésről. Aláírása e nyilatkozaton követelmény ahhoz, hogy részt

vehessen a \_\_\_\_\_ és

Oktató

\_\_\_\_\_ által

Létesítmény

\_\_\_\_\_ városban \_\_\_\_\_ államban

kínált légzőkészülékes oktatási programban.

Aláírás előtt olvassa el és beszélje meg az Egészségügyi Nyilatkozatot, melynek kórtörténeti része is van, hogy beiratkozhasson a légzőkészülékes oktatási programba. Amennyiben kiskorú, a Nyilatkozatot szülőjével vagy gyámjával is alá kell íratnia.

## BÚVÁR EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV

### A résztvevőnek:

Az egészségügyi kérdőív célja, hogy felderítse, szüksége van-e orvosi vizsgálatra mielőtt részt vesz a kedvtelési búvárképzésben. Valamely kérdésre adott pozitív válasz nem szükségképpen zárja ki a merülésből. A pozitív válasz azt jelenti, van olyan korábbi körülmény, amely érintheti a biztonságát merüléskor, és így orvosától kell tanácsot kérnie.

\_\_\_\_\_ Teherbe eshet vagy teherbe kíván esni?

\_\_\_\_\_ Szed-e gyógyszert orvosi előírásra, vagy anélkül? (fogamzásgátló vagy malária elleni szer kivételével)

\_\_\_\_\_ Ön 45 éves elmúlt és az alábbiak közül egy vagy több vonatkozik Önre?

- jelenleg pipázik, szivarozik vagy cigarettázik
- koleszterin-szintje magas
- családjában előfordult szívroham vagy agyvérzés
- jelenleg kezelés alatt áll-e
- diabetes mellitus, ha csak diétával ellenőrzött is

### Volt-e vagy jelenleg van-e...

\_\_\_\_\_ Asztmája, asztmás vagy gyakori köhögése?

\_\_\_\_\_ Gyakori vagy erős szénanáthája vagy allergiája?

\_\_\_\_\_ Gyakori megfázása, homloküreg-gyulladás, bronhitisze?

\_\_\_\_\_ Bármilyen tüdőbetegsége?

\_\_\_\_\_ Tüdőtöltése?

\_\_\_\_\_ Mellkasi betegsége vagy műtétje?

\_\_\_\_\_ Viselkedési, mentális, pszichológiai problémái (pánikrohamok, félelem nyílt vagy zárt terektől)?

\_\_\_\_\_ Epilepsziája, rohamai, rángógörccse, erre gyógyszert szed-e?

\_\_\_\_\_ Visszatérő migrénes fejfájása, szed-e gyógyszert a megelőzésre?

\_\_\_\_\_ Eszméletvesztése, ájulása?

A búvárkodás izgalmas és nagy követelményeket támaztó tevékenység. Ha helyesen, a megfelelő technikák alkalmazásával hajják végre, viszonylag biztonságos. Ha azonban a bevált biztonsági eljárásokat nem követjük, vannak veszélyei is.

A légzőkészülékkel történő biztonság merüléshez nem szabad túlsúlyosnak vagy gyenge fizikai állapotúnak lenni. A merülés bizonyos körülmények között megterhelő. Légzőszerveinek és keringési rendszerének egészségesnek kell lennie. A test minden üregének normálisnak és egészségesnek kell lennie. Tilos merülnie annak, akinek szívpanasza, megfázása vagy vértolulása, epilepsziája, asztmája, komoly egészségi problémája van, alkohol vagy kábítószer hatása alatt áll. Gyógyszer szedésénél tanácskozzon orvosával és az oktatóval, mielőtt e programban részt vesz. Légzőkészülékes merülésnél oktatójától meg kell tanulnia a légzésre és nyomáskiegyenlítésre vonatkozó biztonsági szabályokat. A légzőkészülék nem megfelelő használata komoly sérüléssel járhat. Biztonságos használatára minősített oktatóknak kell részletesen kioktatnia.

Ha az Egészségügyi Nyilatkozattal vagy kórtörténeti részével kapcsolatban további kérdése van, aláírás előtt az oktatóval együtt nézzék át.

Kérjük, válaszolja meg a múltbeli és jelenlegi egészségi állapotára vonatkozó kérdéseket **IGEN**-nel vagy **NEM**-mel. Ha valamiben nem biztos, feleljen **IGEN**-nel. Ha az alább felsoroltak valamelyike vonatkozik Önre, kérnünk kell, konzultáljon egy orvossal, mielőtt légzőkészülékes merülésben vesz részt. Oktatója ellátja Önt RSTC Egészségügyi Nyilatkozattal és Útmutatóval az orvos számára a kedvtelési légzőkészülékes búvár orvosi vizsgálatához.

\_\_\_\_\_ Gyakran tengeribeteg-e?

\_\_\_\_\_ Dizentériája vagy orvosi beavatkozást igénylő kiszáradása van-e?

\_\_\_\_\_ Búvárbalesete vagy dekompressziós betegsége?

\_\_\_\_\_ Ismétlődő hátpanaszai?

\_\_\_\_\_ Képtelen-e mérsékelt terhelésre (pl. 1,6 km séta/12perc)?

\_\_\_\_\_ Eszméletvesztéssel járó fejsérülése az utóbbi öt évben?

\_\_\_\_\_ Hát- vagy gerincműtétje?

\_\_\_\_\_ Cukorbetegsége?

\_\_\_\_\_ Műtét, sérülés vagy törés nyomán hát-, kar- vagy lábájása?

\_\_\_\_\_ Magas vérnyomása, szed-e vérnyomás-szabályozó szert?

\_\_\_\_\_ Bármilyen szívbetegsége?

\_\_\_\_\_ Szívrohama?

\_\_\_\_\_ Anginája, szív- vagy érműtétje?

\_\_\_\_\_ Arcüreg-műtétje?

\_\_\_\_\_ Fülbetegsége, hallásvesztése vagy egyensúlyi zavarai?

\_\_\_\_\_ Ismétlődő fülbetegsége?

\_\_\_\_\_ Vérzése vagy vérrrel kapcsolatos rendellenessége?

\_\_\_\_\_ Bármilyen fajta sérve?

\_\_\_\_\_ Fekélye vagy fekélyműtétje?

\_\_\_\_\_ Colostomiája vagy ileostomiája?

\_\_\_\_\_ Kábítószer- vagy alkoholfüggéssel kezelték-e az utóbbi 5 évben?

Az egészségi állapotomról adott tájékoztatás legjobb tudomásomnak megfelelő. **Vállalom a felelősséget, ha jelenlegi vagy múltbeli egészségi állapotommal kapcsolatosan saját hibámból valamit kihagytam.**

\_\_\_\_\_ Aláírás

\_\_\_\_\_ Kelt (év, hó, nap)

\_\_\_\_\_ Szülő vagy gyám aláírása (ahol szükséges)

\_\_\_\_\_ Kelt (év, hó, nap)

# HALLGATÓ

---

## Kérjük olvashatóan kitölteni

Név \_\_\_\_\_ Születés dátuma \_\_\_\_\_ Kor \_\_\_\_\_  
vezeték név keresztnév nap/hó/év

Levelezési cím \_\_\_\_\_

Város \_\_\_\_\_ Állam/Tartomány \_\_\_\_\_

Ország \_\_\_\_\_ Irányítószám \_\_\_\_\_

Otthoni telefon ( ) \_\_\_\_\_ Munkahelyi telefon ( ) \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Fax ( ) \_\_\_\_\_

## Családjának vagy kezelőorvosának neve és címe

Orvos \_\_\_\_\_ Klinika/Kórház \_\_\_\_\_

Cím \_\_\_\_\_

Utolsó orvosi vizsgálat dátuma \_\_\_\_\_  
(nap/hó/év)

Vizsgálatot végző neve \_\_\_\_\_ Klinika/Kórház \_\_\_\_\_

Cím \_\_\_\_\_

Telefon ( ) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Vett valaha részt orvosi vizsgálaton a bűvarkodáshoz?  Igen  Nem Ha igen, mikor? \_\_\_\_\_

# ORVOS

---

Ez a személy bűvarképzésre pályázik, vagy jelenleg is minősítéssel rendelkezik légzőkészülékes merülés végzéséhez. Az ön véleményét kérjük a pályázó egészségi állapotáról légzőkészülékes merüléshez. Kérjük, olvassa át az Útmutató a kedvtelési légzőkészülékes bűvarkok orvosi vizsgálatához című részt.

## Orvos véleménye:

- Nem találtam olyan egészségügyi feltételeket, amelyek összeegyeztethetetlenek a bűvarkodással.
- Nem ajánlhatom ezt az egyént bűvarkodásra.

Megjegyzések \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Átolvastam az Útmutató a kedvtelési légzőkészülékes bűvarkok orvosi vizsgálatához című részt.

\_\_\_\_\_ Dátum \_\_\_\_\_  
Orvos aláírása (nap/hó/év)

Orvos \_\_\_\_\_ Klinika/Kórház \_\_\_\_\_

Cím \_\_\_\_\_

Telefon ( ) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_