

ZDRAVSTVENA IZJAVA

izjava kandidata - tajni podaci

Ovo je izjava koja vas informira o potencijalnim rizicima pri ronjenju s autonomnom ronilačkom opremom i postupcima koji se od vas zahtjevaju na ronilačkom tečaju.

Popunjena zdravstvena izjava, koja predstavlja vaše zdravstveno stanje, je uvjet za pristupanje na rekreativni ronilački tečaj.

Svrha ove izjave je utvrđivanje je li potreban liječnički pregled prije pristupanja na ronilački tečaj. Ako instruktor zaključi da je liječnički pregled potreban, to još uvijek ne znači da niste sposobni za rekreativno ronjenje sa autonomnom ronilačkom opremom, već samo to da se prije toga morate posavjetovati sa liječnikom.

Pažljivo pročitajte donju izjavu i prije nego ju ovjerite potpisom uvjerite se da ste sve dobro razumjeli.

Ako se bilo koje od navedenih stanja odnosi na vas, radi vaše sigurnosti preporučamo da posjetite liječnika i sa njim se posavjetujete u svezi pristupanja na ronilački tečaj.

LIJEČNIČKI PREGLED JE POTREBAN:	DA / NE
Ako ste trudni ili sumnjate da bi mogli biti trudni	
Ako redovito uzimate propisane ili nepropisane lijekove (osim kontracepcije)	
Ako ste stariji od 45 godina i neka od navedenih tvrdnji vrijedi za vas: <ul style="list-style-type: none"> • Pušite cigarete, cigare ili lulu • Imate povišen holesterol • Imali ste slučaj srčanog udara u obitelji 	
Ako ste ikada imali astmu, bronhitis ili probleme s disanjem	
Ako ste ikada imali neku plućnu bolest	
Ako ste ikada imali pneumotoraks (zrak u pleuralnoj šupljini)	
Ako ste ikada imali operaciju na grudnom košu	
Ako patite od klaustrofobije ili agorafobije (strah od zatvorenih ili otvorenih prostora)	
Ako imate epileptičke napade, grčeve ili ste za spriječavanje istih ikada uzimali lijekove	
Ako ste ikada doživjeli nesvjesticu (djelomični ili potpuni gubitak svijesti)	
Ako ste ikada imali ronilačku nezgodu ili dekompresijsku bolest	
Ako imate dijabetes	

Ako patite od morske bolesti	
Ako imate visok krvni tlak ili ste uzimali lijekove za kontrolu krvnog tlaka	
Ako imate bilo kakvu srčanu bolest	

Zdravstvena izjava PSS Worldwide
Po europskom standardu EN 14153-1:2003

LIJEČNIČKI PREGLED JE POTREBAN:	DA / NE
Ako ste ikada imali operaciju na ušima ili sinusima	
Ako imate trombozu ili probleme sa zgrušavanjem krvi	
Ako imate bilo kakvu psihičku bolest	
Ako imate probleme s ravnotežom	
Ako imate česte bolove u leđima ili ste imali operaciju na kralježnici	
Ako ste ikada imali ozbiljnu prometnu nezgodu	
Ako imate ovisnost o alkoholu ili drogama	
Ako ste ikada imali operaciju na trbuhu, ozljedu želuca ili kilu (bruh)	

SVJESTAN SAM DA NISAM SPOSOBAN ZA RONJNEJE AKO IMAM ILI AKO SE ZA VRIJEME TEČAJA POJAVE NEKE OD SLIJEDEĆIH BOLESTI ILI STANJA:	DA / NE
<i>Prehlada, upala sinusa ili problemi s dišnim organima (bronhitis, rinitis i sl.)</i>	
<i>Akutna migrena ili glavobolja</i>	
<i>Alkoholiziranost, odnosno utjecaj droga ili lijekova</i>	
<i>Temperatura, vrtoglavica, slabost, povraćanje ili proljev</i>	
<i>Problemi s izjednačavanjem tlaka, pucketanje u ušima, krvarenje</i>	
<i>Akutni čir, rana na želudcu</i>	
<i>Trudnoća</i>	

Radi svoje sigurnosti potpisom potvrđujem da su gore navedeni podaci prema meni poznatim činjenicama istiniti. Svjestan sam da davanje neistinitih podataka ne šteti samo meni, već i ostalima koji će roniti sa mnom. Izjavljujem

da mi je nevezano na odgovore na ovaj upitnik od strane organizatora tečaja ronjenja predložen i preporučen liječnički pregled, kojega se svojevrijem odričem.

Ime i prezime

Adresa

Datum

Potpis

Potpis roditelja ili skrbnika

Zdravstvena izjava PSS Worldwide
Po europskom standardu EN 14153-1:2003