

Bitte lesen Sie sorgfältig vor der Unterzeichnung.

Teilnehmer Name _____ Datum _____ (Tag Monat Jahr)

Geburtsdatum _____ (Tag Monat Jahr) Geschlecht **M** **q** **F** **q**

Freitauchen ist eine anspruchsvolle Tätigkeit und kann anstrengend sein, und Sie müssen in guter Gesundheit sein teilzunehmen. Wenn Sie Fragen haben, ob oder nicht Sie fit Freedive sind, wenden Sie sich an Ihren Arzt.

Der Zweck des medizinischen Fragebogens ist, um herauszufinden, ob Sie vor der Teilnahme an Aktivitäten im Freitauchen von einem Arzt untersucht werden sollen. Eine positive Antwort auf eine Frage nicht notwendigerweise Sie vom Tauchen disqualifizieren. Eine positive Antwort bedeutet, dass es Aufschluss über einen Zustand, die Ihre Sicherheit beeinträchtigen können, während **Freitauchen und Sie müssen den Rat eines Arztes einholen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über Ihre Vergangenheit und Gegenwart Krankengeschichte mit einem JA oder NEIN. Wenn Sie** nicht sicher sind, antworten Sie mit JA. Wenn eines dieser Elemente auf Sie zutrifft, müssen Sie mit einem Arzt vor der Teilnahme an Freitauchen konsultieren. ____ Haben Sie eine Geschichte von Anfallsleiden haben, Schlaganfall, Gehirn

____ Chirurgie, black out, schwere Migräne-Kopfschmerzen, Schwindel oder Schwindel Folgen, erhebliche Kopfverletzungen oder Aneurysma des Blutgefäßes des Gehirns?

____ Haben Sie eine Geschichte von Herzinfarkt, Herzchirurgie, unregelmäßiger Herzschlag, unkontrollierter Bluthochdruck (Hypertonie), Herzgeräusch, bekannt persistierenden Foramen ovale (PFO), akutes Lungenödem mit Schwimmen oder Tauchen verbunden sind, oder ungewöhnliche Kurzatmigkeit oder Brustschmerzen bei Anstrengung?

____ Haben Sie eine Geschichte der spontanen kollabierte Lunge, kollabierte Lunge aufgrund einer Verletzung, Zysten oder Lufttaschen der Lunge, schwere Schäden an Lungengewebe, Emphysem, oder jede Erkrankung der Lungen, die mit Ihrer Fähigkeit beeinträchtigt zu atmen?

____ Haben Sie permanente Löcher der Trommelfelle haben, Geschichte von geplatzten Trommelfells, dauerhafte Rohre in Trommelfelle, stark beeinträchtigt Schwerhörigkeit oder hören in einem oder beiden Ohren, Probleme mit Ohrenscherzen während des Abstiegs an Bord von Flugzeugen, Otitis media, Mittelohrentzündung, schwere Gehörgangsexostose oder großen Ohrchirurgie wiederkehrende?

____ Haben Sie eine Geschichte von Tumor, Polypen oder Zysten des Kurverräum oder Nasengänge, Haupt Sinus Chirurgie, oder persistent Sinus-Infektion?

____ Haben Sie eine Geschichte von Asthma oder Asthmaanfalle? Irgendein Geschichte von Keuchen verursacht durch Bewegung, Angst, Kälte, Müdigkeit, etc. Jede Bedingung, dass Medikamente und / oder die Verwendung eines Inhalators für die Kontrolle von Keuchen? ____ Haben Sie eine Geschichte von Diabetes?

____ Sind Sie derzeit schwanger sind oder planen, schwanger zu sein? ____ Haben Sie eine Geschichte von einem Tauchunfall haben, Dekompressionskrankheit, Druckverletzungen (Barotrauma) an das Ohr, oder rezidivierende Schwierigkeiten Druckausgleich im Ohr während des Abstiegs oder Luftembolie?

____ Nehmen Sie Medikamente in regelmäßigen Abständen entweder Over-the-counter oder durch einen Arzt (mit Ausnahme der Geburtenkontrolle oder Anti-Malaria-) vorgeschrieben?

____ Haben Sie irgendwelche körperlichen und / oder emotionalen Zustand nicht erwähnt, dass über sein Unterwasser Sie Sorge verursacht oder dass Ihr Urteil nach Zeiten der physischen oder emotionalen Stress beeinflussen könnten?

Die Informationen, die ich über meine medizinische Geschichte zur Verfügung gestellt haben, ist genau der bestem Wissen und Gewissen. Ich bin damit einverstanden Verantwortung für Versäumnisse in Bezug auf mein Versagen zu akzeptieren jeden bestehenden oder früheren Gesundheitszustand offen zu legen.

Teilnehmer signature _____

Date _____ (Tag Monat Jahr)

Unterschrift der Eltern / des Vormunds _____
(Falls anwendbar)

Datum _____ (Tag Monat Jahr)

FÜR ARZT NUR Ihre Meinung der medizinischen Tauglichkeit des Antragstellers für Freitauchen beantragt wird.

q Ich finde keine medizinischen Bedingungen, die ich für unvereinbar mit Freitauchen.

q Ich bin nicht in der Lage dieser Person zu empfehlen für Freitauchen.

Arzt _____

Arzt signature _____

Date _____ (Tag Monat Jahr)

Telefon _____

Klinik / Krankenhaus _____

BRIEFMARKE