

## Helbredserklæring | Deltager Information

Rekreativ dykning og fridykning kræver god fysisk og mental sundhed. Der er nogle få sygdomstilstande, beskrevet nedenfor, der kan være farlige under dykning. De, der har eller er disponeret over for nogen af disse tilstande, skal evalueres af en læge. Denne helbredserklæring giver et grundlag for at afgøre, om du skal opsøge denne evaluering. Hvis du har nogen bekymringer om din "helbredsmæssige egnethed til dykning", der ikke er repræsenteret på denne formular, skal du rådføre dig med en læge, inden du dykker. Hvis du føler dig syg, skal du undgå at dykke. Hvis du tror, du kan have en smitsom sygdom, skal du beskytte dig selv og andre ved ikke at deltage i dykkertræning og/eller dykkeaktiviteter. Henvisninger til "dykning" på denne formular omfatter både rekreativ dykning og fridykning. Denne formular er hovedsageligt designet som en indledende medicinsk screening for nye dykkere, men er også passende for dykkere, der tager en videregående uddannelse. For din sikkerhed og andres, skal du svare ærligt på alle spørgsmål.

## Vejledning

**Udfyld dette spørgeskema som en betingelse for en rekreativ dykning eller fridyknings kursus.**

**Bemærkning til kvinder:** Hvis du er gravid, eller prøver på at blive gravid, må du ikke dykke.

1	Jeg har haft problemer med mine lunger/mit åndedræt, hjerte eller blod, der har påvirket min normale, fysiske eller mentale ydeevne.	Ja <input type="checkbox"/> Gå til Boks <b>A</b>	Nej <input type="checkbox"/>
2	Jeg er over 45 år.	Ja <input type="checkbox"/> Gå til Boks <b>B</b>	Nej <input type="checkbox"/>
3	Jeg har det svært med at udøve moderat fysisk træning (for eksempel at gå 1.6 kilometer på 14 minutter eller at svømme 200 meter, uden at hvile), ELLER jeg har ikke været i stand til at deltage i en normal fysisk aktivitet på grund af kondition eller sundhedsmæssige årsager inden for de sidste 12 måneder.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
4	Jeg har haft problemer med mine øjne, ører, eller, næsen/bihuler.	Ja <input type="checkbox"/> Gå til Boks <b>C</b>	Nej <input type="checkbox"/>
5	Jeg har haft en operation inden for de sidste 12 måneder, ELLER jeg har haft løbende problemer i forbindelse med en tidligere operation.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
6	Jeg har mistet bevidstheden, haft migrænehovedpine, anfald, slagtilfælde, betydelig hovedskade, eller lider af en vedvarende neurologisk lidelse eller sygdom.	Ja <input type="checkbox"/> Gå til Boks <b>D</b>	Nej <input type="checkbox"/>
7	Jeg er i øjeblikket under behandling (eller har krævet behandling inden for de sidste fem år) for psykologiske problemer, personlighedsforstyrrelser, panikanfald, eller en afhængighed af stoffer eller alkohol; eller, jeg er blevet diagnosticeret med et indlærings- eller udviklingshandicap.	Ja <input type="checkbox"/> Gå til Boks <b>E</b>	Nej <input type="checkbox"/>
8	Jeg har haft rygproblemer, brok, mavesår, eller diabetes.	Ja <input type="checkbox"/> Gå til Boks <b>F</b>	Nej <input type="checkbox"/>
9	Jeg har haft mave- eller tarmproblemer, inklusiv nylig diarré.	Ja <input type="checkbox"/> Gå til Boks <b>G</b>	Nej <input type="checkbox"/>
10	Jeg tager receptpligtige medicin (med undtagelse af prævention eller andre anti-malaria lægemidler end mefloquin (Lariam).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>

## Deltagernes Underskrift

**Hvis du svarede NEJ** på alle af de 10 overstående spørgsmål, er en lægelig vurdering ikke nødvendig. Læs venglist, og accepter deltagererklæringen nedenfor ved at underskrive og datere den.

**Deltagererklæringen:** Jeg har besvaret alle spørgsmålene ærligt, og forstår at jeg påtager mig ansvaret for enhver konsekvens, der følger af spørgsmål jeg muligvis har besvaret unøjagtigt, eller for min manglende afsløring af eksisterende eller tidligere helbredstilstande.

\_\_\_\_\_

Deltager/Forældre/Værges underskrift

\_\_\_\_\_

Dato (dd/mm/åååå)

\_\_\_\_\_

Deltagerens Navn (Blokbogstaver)

\_\_\_\_\_

Fødselsdato (dd/mm/åååå)

\_\_\_\_\_

Instruktørens Navn (Blokbogstaver)

\_\_\_\_\_

Dykkercenter/Skole (Blokbogstaver)

\* **Hvis du svarede JA** til spørgsmål 3, 5 eller 10 ovenover **ELLER** til enhver af spørgsmålene på side 2, læs venligst og accepter erklæringen ovenover ved at underskrive og datere den **OG tag alle tre sider af denne formular (Deltager Information og Lægens Vurderingsskema) til lægen** for en lægelig vurdering. Deltagelse i et dykkerkursus kræver en læges godkendelse.

## Helbredserklæring | Deltager Information Fortsat

BOKS A – JEG HAR/HAR HAFT:		
Brystoperation, hjerteoperation, hjerteklapoperation, en implanteret medicinsk anordning (fx, stent, pacemaker, "neurostimulator"), pneumothorax (sammenklappede lunger) og/eller en kronisk lungesygdom.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Astma, hvæsende vejrtrækning, svær allergi, høfeber eller overbelastede luftveje inden for de sidste 12 måneder, der begrænser min fysiske aktivitet/motion.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Et problem eller sygdom, der involverer mit hjerte såsom: angina, bryst smerter ved overanstrengelse, hjertesvigt, vand i lungerne, hjerteanfald eller slagtilfælde, ELLER tager medicin mod enhver hjertesygdom.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Gentagen bronchitis og løbende hoste inden for de sidste 12 måneder, ELLER er blevet diagnosticeret med emfysem.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Symptomer der påvirker mine lunger/mit åndedræt, hjerte og/eller blod inden for de sidste 30 dage som forringer min fysiske eller mentale ydeevne.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
BOKS B – JEG ER OVER 45 ÅR OG:		
Jeg ryger i øjeblikket eller inhalerer nikotin på en anden måde.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Jeg har et højt kolesteroltal.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Jeg har forhøjet blodtryk.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Jeg har haft et tæt familiemedlem, som pludselig er død af en hjertesygdom eller slagtilfælde før alderen af 50 år, ELLER har en historie i min familie med hjertesygdomme før 50-års alderen (inklusive unormale hjerterytmier, forsnævring af aorta eller kardiomyopati/hjertesvigt).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
BOKS C – JEG HAR/HAR HAFT:		
Øreoperation inden for de sidste 6 måneder.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Øresygdom eller øreoperation, nedsat hørelse, eller problemer med balancen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Gentagen bihulebetændelse inden for de seneste 12 måneder	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Øjenoperation inden for de sidste 3 måneder.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
BOKS D – JEG HAR/HAR HAFT:		
Hovedskade med tab af bevidsthed inden for de sidste 5 år.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
En vedvarende neurologisk lidelse eller sygdom.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Blackouts eller besvimelse (helt/delvis mistet bevidstheden) inden for de sidste 5 år.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Øjenoperation inden for de sidste 3 måneder.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Epilepsi, anfald, eller kramper, ELLER tager medicin for at forhindre dem.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
BOKS E – JEG HAR/HAR HAFT:		
Adfærdsmæssige, sundhedsmæssige, mentale eller psykologiske problemer, der kræver medicinsk/psykiatrisk behandling.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Sygelig depression, selvmordstanker, panikanfald, ukontrolleret bipolar lidelse, der kræver medicinsk/psykiatrisk behandling.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Diagnosticeret en mental helbredslidelse eller en lærings-/udviklingsforstyrrelse der kræver løbende pleje, eller special tilpasning.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
En afhængighed af stoffer eller alkohol, der har krævet behandling inden for de sidste 5 år.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
BOKS F – JEG HAR/HAR HAFT:		
Tilbagevendende rygproblemer i de sidste 6 måneder, der begrænser min daglige aktivitet.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Ryg- eller rygmarsoperation inden for de sidste 12 måneder	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Diabetes, enten medicin- eller diæt-kontrollerende, ELLER svangerskabsdiabetes inden for de sidste 12 måneder	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Et ubehandlet/indeklemmt brok, der begrænser mine fysiske evner.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Aktive eller ubehandlede kroniske sår, uhelet sår, eller mavesårsbehandling inden for de sidste 6 måneder.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
BOKS G – JEG HAR HAFT:		
Stomioperation og er ikke helbredsmæssigt godkendt til at svømme eller deltage i fysisk aktivitet.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Dehydrering, som har krævet medicinsk behandling inden for de sidste 7 dage.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Aktive eller ubehandlede mavesår eller mavesårsbehandling inden for de sidste 6 måneder.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Hyppig halsbrand, opkast, eller gastroøsofageal refluxsygdom (GØRS).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Aktiv eller ukontrollerbar blødende tyktarmsinflammation eller Crohns sygdom.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>
Operation mod overvægt inden for de sidste 12 måneder.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nej <input type="checkbox"/>

# Helbredserklæring | Lægens Vurderingsskema

Deltagerens Navn

Fødselsdato

(Blok bogstaver)

Dato (dd/mm/åååå)

Den overnævnte person anmoder om din mening om hans/hendes medicinske egnethed til at deltage i rekreativ dykning eller fridykning eller aktivitet. Besøg venligst [uhms.org](http://uhms.org) for medicinsk vejledning om sygdomstilstande, da det vedrører dykning. Gennemgå de områder, der er relevante for din patient, som en del af din evaluering.

## Vurderingsresultat

Godkendt – Jeg finder ingen grunde, som jeg vil betegne som inkompatible med rekreativ dykning eller fridykning

Ikke godkendt – Jeg finder grunde, som jeg vil betegne som inkompatible med rekreativ dykning eller fridykning

Underskrift autoriseret læge eller anden autoriseret sundhedsperson

Dato (dd/mm/åååå)

Lægens navn

(Blok bogstaver)

Klinik/Hospital

Title/speciale

Adresse

Telefon

Email

Lægen/Klinikkens Stempel (valgfri)

Created by the [Diver Medical Screen Committee](#) in association with the following bodies:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**