**KANDIDAT**

Pišite čitljivo.

ime in priimek\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

datum rojstva:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ starost\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ulica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kraj\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_poštna št.\_\_\_\_\_\_\_država\_\_\_\_\_\_

gsm\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-pošta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

želim prejemati obvestila o aktivnostih po e-pošti (obkroži) DA NE

**Podatki o družinskem ali osebnem zdravniku:**

zdravnik\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ZD ali bolnica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

naslov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

datum zadnjega zdravniškega pregleda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ime zdravnika, ki ga je opravil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ v \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

naslov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ste zaradi potapljanja že opravili zdravniški pregled? NE DA, kdaj\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZDRAVNIK**

Ta oseba je kandidat za tečaj potapljanja (s samostojnim dihalnim aparatom). Prosimo za vaše mnenje o njegovem zdravstvenem stanju. Preberite priložena Navodila za zdravniške preglede športnih potapljačev.

**MNENJE ZDRAVNIKA**

1. Kandidatu zdravstveno stanje dovoljuje potapljanje.
2. Kandidatu odsvetujemo potapljanje.

OPOMBE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seznanil/a sem se z Navodili za pregled športnih potapljačev.

podpis zdravnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

naslov\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ZD, bolnica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IZJAVA O ZDRAVSTVENEM STANJU**

**Podatki o tečajniku**

*(podatki so zaupni in namenjeni izključno za potrebe opravljanja potapljaškega tečaja)*

**Pazljivo preberite preden izpolnite in podpišete.**

Pred vami je izjava, ki vas bo seznanila s tveganjem, ki je povezano s potapljanjem, in s pravili, ki jih morate upoštevati med potapljaškim tečajem. Izpolnjena in podpisana izjava je pogoj za udeležbo na potapljaškem tečaju, ki ga vodi inštruktor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iz

Društva Oceandiving iz Kopra v Sloveniji.

Za vpis v potapljaški tečaj morate **v celoti izpolniti vprašalnik**. Če niste polnoletni, morajo izjavo podpisati tudi vaši starši ali skrbniki. Če se vam zdravstveno stanje med tečajem spremeni, morate o tem nemudoma obvestiti vašega inštruktorja.

Potapljanje je razburljiv in zahteven šport. Če se držimo obstoječih pravil in tehnik, je tudi relativno varno. Če pa se pravil in tehnik ne držimo, pa lahko postane nevarno.

Za varno potapljanje morate imeti primerno telesno težo in biti v primerni kondicijski pripravljenosti. V določenih pogojih je potapljanje lahko naporno. Imeti morate zdrav srčno-ožilni in dihalni sistem. Dihalne poti morajo biti normalne in zdrave. Če imate težave s srcem, ste prehlajeni, zaprti, ste epileptik, astamtik, imate resne težave z zdravjem, ste pod vplivom alkohola ali mamil, se ne smete potapljati. Če imate astmo, ste kronični bolnik ali če redno jemljete zdravila, se o potapljanju posvetujte s svojim zdravnikom in z inštruktorjem pred začetkom tečaja, prav tako občasno po zaključku tečaja. Inštruktor vas bo poučil tudi o varnem in pravilnem dihanju in izenačevanju pritiska. Zaradi nepravilne uporabe potapljaške opreme lahko utrpite resne poškodbe. O potapljaški opremi in varnem potapljanju vas bo poučil inštruktor.

Če imate v zvezi s to *Izjavo o zdravstvenem stanju* dodatna vprašanja, se posvetujte s svojim inštruktorjem, preden izjavo podpišete.

**Vprašalnik o zdravstvenem stanju tečajnika**

Namen tega zdravstvenega vprašalnika je, da ugotovimo, če vas mora pred začetkom rekreativnega potapljaškega tečaja pregledati zdravnik. Če boste na katero od vprašanj odgovorili pritrdilno, še ne pomeni, da niste sposobni za potapljanje. Pritrdilni odgovor pomeni, da bi med potapljanjem lahko bila ogrožena vaša varnost, zato se morate posvetovati z zdravnikom.

Na naslednja vprašanja o vašem preteklem in sedanjem zdravstvenem stanju odgovorite z **DA** ali **NE**.

Če niste prepričani, odgovorite z DA. Če ste na katero od vprašanj odgovorili pritrdilno, vas prosimo, da se pred začetkom tečaja posvetujete z zdravnikom. Vaš inštruktor vam bo za obisk pri vašem zdravniku dal potrebna navodila in obrazce.

\_\_\_ ste noseči ali načrtujete nosečnost?

\_\_\_ redno jemljete predpisana ali druga zdravil (razen kontracepcijskih tablet)

\_\_\_ imate več kot 45 let in naslednje težave:

\_\_\_ redno kadite pipo, cigare ali cigarete?

\_\_\_ imate povišan holesterol

\_\_\_ imate v družini primer srčnega napada ali kapi?

\_\_\_ trenutno jemljete zdravila?

\_\_\_ imate visok krvni tlak?

\_\_\_ imate sladkorno bolezen tipa 1?

Ste kdaj bolehali ali trenutno bolehate za:

\_\_\_ astmo, se zasopihate med fizičnim naporom?

\_\_\_ senenim nahodom ali napadi alergije?

\_\_\_ pogostimi prehladi, sinusitisom ali bronhitisom?

\_\_\_ kakršnimikoli pljučnimi bolezni?

\_\_\_ pneumotoraksom (sesedanje pljuč)?

\_\_\_ ste bili operirani na prsnem košu?

\_\_\_ klavstrofobijo ali agorafobijo (strah pred zaprtim ali odprtim prostorom)?

\_\_\_ vedenjskimi motnjami?

\_\_\_ epilepsijo, jemljete zdravilo zoper le-to?

\_\_\_ napadi glavobola, jemljete zdravilo zoper le-te?

\_\_\_ omedlevico (delno/popolno izgubo zavesti)?

\_\_\_ morsko ali potovalno boleznijo?

\_\_\_ dehidracijo, ki je zahtevala pregled pri zdravniku?

\_\_\_ ste doživeli potapljaško nesrečo ali dekompresijsko bolezen?

\_\_\_ ne zmorete težjih telesnih naporov (npr. v 12 min prehoditi 1,5 km)?

\_\_\_ ste imeli poškodbo glave ali bili v nezavesti v zadnjih 5 letih?

\_\_\_ imate ponavljajoče težave s hrbtenico?

\_\_\_ ste bili operirani na hrbtenici?

\_\_\_ imate diabetes?

\_\_\_ imate težave s hrbtenico, rokami ali nogami, ki so posledica operacije, poškodbe ali zloma?

\_\_\_ imate visok krvni tlak ali jemljete zdravila zoper le-tega?

\_\_\_ ste bolehali za kakršnimikoli srčnimi boleznimi?

\_\_\_ ste imeli srčni napad?

\_\_\_ angino pektoris, operacijo na srcu ali ožilju?

\_\_\_ ste bili operirani na ušesih ali sinusih?

\_\_\_ ste imeli ponavljajoče težave z ušesi, slabo slišite ali imate težave z ravnotežjem?

\_\_\_ imate med letenjem ali plezanjem v gore težave z izenačevanjem pritiska?

\_\_\_ ste kdaj resneje krvaveli ali imeli težave s krvnim obtokom?

\_\_\_ ste kdaj oboleli za kilo?

\_\_\_ ste imeli čir ali bili operirani na čiru?

\_\_\_ imate umetno odprtino za iztrebljanje (kolostomijo)?

\_\_\_ ste v zadnjih 5 letih redno uživali alkohol ali mamila?

**Navedeni podatki o mojem zdravstvenem stanju so resnični. Zavedam se, da sem dolžen svojega inštruktorja obvestiti o kakršnikoli spremembi zdravstvenega stanja v času opravljanja potapljaškega tečaja. V celoti prevzemam odgovornost za napačne, zmotne ali nepopolne podatke o mojem prejšnjem in sedanjem stanju.**

podpis tečajnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

kraj in datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis staršev ali skrbnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_