

# МЕДИЦИНСКОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ

## Запись о состоянии здоровья студента (конфиденциальная информация). Пожалуйста, внимательно прочитайте перед тем, как подписывать!

В этом заявлении содержится информация о некотором риске, связанном с занятиями дайвингом, а также о правилах поведения во время прохождения курса обучения подводному плаванию. Ваша подпись под данным заявлением необходима для зачисления на курс обучения, необходима для зачисления на курс обучения, проводимый

\_\_\_\_\_ в дайв-центре *Baltijas Ronis*, расположенном  
Имя инструктора

в городе \_\_\_\_\_ и стране \_\_\_\_\_.

Прежде чем подписывать данное заявление, прочтите его. Для зачисления на курс обучения дайвингу вы должны заполнить данное заявление, которое включает в себя раздел «Медицинская анкета». Если вы являетесь несовершеннолетним, заявление должно быть подписано одним из родителей.

Дайвинг — это увлекательное занятие. Если следовать определенным правилам и придерживаться правильной техники, дайвинг достаточно безопасен. Однако если установленные правила безопасности не соблюдаются, существует доля риска.

Чтобы занятия дайвингом были безопасны, вы должны быть в хорошей форме и не страдать избыточным весом. В определенных ситуациях дайвинг может требовать физического напряжения. Ваша дыхательная система и система кровообращения, а также все воздушные полости организма должны быть в полном порядке.

Лица, страдающие заболеваниями сердечно-сосудистой системы, простудными заболеваниями, закупоркой сосудов, эпилепсией либо другими серьезными заболеваниями; а также лица, находящиеся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, не должны совершать погружение.

Если у вас астма, порок сердца или другие хронические заболевания и если вы регулярно принимаете лекарства, проконсультируйтесь с врачом и инструктором до начала занятий по данной программе, а также в процессе прохождения курса до его завершения.

Ваш инструктор обязан вас научить основным правилам безопасности в отношении дыхания и выравнивания давления во время погружений. Неправильное использование снаряжения для дайвинга может привести к серьезным травмам. Вы должны пройти тщательную подготовку по его использованию под непосредственным руководством квалифицированного инструктора для обеспечения безопасности.

Если у вас возникли дополнительные вопросы в отношении данного Медицинского заявления или раздела «Медицинская анкета», обсудите их с вашим инструктором перед тем, как подписывать заявление.

# МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА ДЛЯ СТУДЕНТА

**Цель данной анкеты — выяснить, следует ли вам пройти медицинский осмотр, перед тем как принимать участие в данной программе обучения любительскому дайвингу.**

Положительный ответ на один из вопросов вовсе не означает, что вам противопоказаны занятия дайвингом, а лишь свидетельствует о наличии некоторых условий, которые могут создать опасность во время погружений. В случае положительного ответа вам нужно проконсультироваться с врачом до начала занятий.

\_\_\_\_\_ Беременны ли вы и предпринимаете ли попытки забеременеть?

\_\_\_\_\_ Принимаете ли вы регулярно прописанные врачом медицинские препараты (исключение составляют противозачаточные средства и препараты против малярии)?

\_\_\_\_\_ Вам больше 45 лет и к вам относится 1 или более из нижеследующих заявлений:

- Вы курите трубку, сигары или сигареты.
- У вас высокий уровень холестерина.
- У вас в семье были случаи инфаркта и инсульта.
- В настоящий момент вы проходите курс лечения.
- У вас высокое давление.
- У вас сахарный диабет, даже если он контролируется диетой.

**ЕСТЬ ЛИ У ВАС СЕЙЧАС ИЛИ БЫЛО В ПРОШЛОМ ЧТО-ЛИБО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ:**

\_\_\_\_\_ Астма или одышка при физической нагрузке или просто в процессе дыхания?

\_\_\_\_\_ Частые приступы сенной лихорадки или аллергии?

\_\_\_\_\_ Частые простуды, насморк или бронхит?

\_\_\_\_\_ Любая форма заболевания легких?

\_\_\_\_\_ Пневмоторакс (коллапс легкого)?

\_\_\_\_\_ Другие заболевания легких или хирургические вмешательства на грудной клетке?

\_\_\_\_\_ Психические расстройства или психологические проблемы (приступы паники, боязнь закрытого или открытого пространства)?

\_\_\_\_\_ Эпилепсия, приступы, конвульсии? Принимаете ли вы медицинские препараты для их предотвращения?

\_\_\_\_\_ Частые мигрени? Принимаете ли вы медицинские препараты для их предотвращения.

\_\_\_\_\_ Провалы памяти или обмороки (частичная или полная потеря сознания)?

\_\_\_\_\_ Укачивает ли вас в транспорте, страдаете ли вы морской болезнью?

Просьба ответить «ДА» или «НЕТ» на следующие вопросы относительно вашей истории болезней. Если у вас есть сомнения, ответьте «ДА». Если любой из этих пунктов можно отнести к вам, необходимо, чтобы вы проконсультировались с врачом, до того как приступить к занятиям дайвингом. Ваш инструктор предоставит вам Медицинское заявление PADI, а также указания по проведению медицинского осмотра дайверов для вашего врача.

\_\_\_\_\_ Дизентерия или обезвоживание, требующее медицинского вмешательства?

\_\_\_\_\_ Несчастные случаи при предыдущих погружениях или декомпрессионная болезнь?

\_\_\_\_\_ Неспособность вынести умеренную физическую нагрузку (например, пройти 1,6 километра за 12 минут)?

\_\_\_\_\_ Травмы головы с потерей сознания за последние 5 лет?

\_\_\_\_\_ Периодически возникающие проблемы с позвоночником?

\_\_\_\_\_ Хирургические вмешательства на позвоночнике?

\_\_\_\_\_ Диабет?

\_\_\_\_\_ Боли в позвоночнике или в конечностях, возникшие вследствие хирургического вмешательства, травм или переломов?

\_\_\_\_\_ Повышенное кровяное давление? Принимаете ли вы медицинские препараты для его контроля?

\_\_\_\_\_ Порок сердца?

\_\_\_\_\_ Инфаркты?

\_\_\_\_\_ Стенокардия или операция на сердце или сосудах?

\_\_\_\_\_ Лор-операции?

\_\_\_\_\_ Случаи заболевания ушей, потери слуха или нарушения равновесия?

\_\_\_\_\_ Периодически возникающие проблемы с ушами?

\_\_\_\_\_ Кровотечения или заболевания крови?

\_\_\_\_\_ Грыжи?

\_\_\_\_\_ Язвы и хирургические вмешательства по этому поводу?

\_\_\_\_\_ Колостомия или илеостомия?

\_\_\_\_\_ Употребление наркотиков или лечение от наркомании или алкоголизма в течение последних 5 лет?

Я заявляю, что все сведения, приведенные мной при заполнении данной медицинской анкеты, являются достоверными. Я признаю себя ответственным(ой) за все упущения, которые возникли в результате моей неосведомленности о существовавших у меня ранее или существующих сейчас заболеваниях.

Подпись

Дата

Подпись родителей и опекуна

Дата