



STUDENT RECORD FOLDER

(Version 16.11.3)

INFORMACJE O STUDENCIE

Nazwisko: _____ Imię: _____

Data urodzenia: _____ Address: _____

Miasto: _____ Woj.: _____ Kod pocztowy: _____ Państwo: _____

Tel. komórkowy: _____ Tel domowy: _____ Tel. do pracy: _____

email: _____

Imię małżonka: _____ Zawód: _____

KONTAKT W SYTUACJI AWARYJNEJ:

Nazwisko: _____ Imię: _____

Pokrewieństwo: _____ Tel.: _____ Tel.: _____

ZAPIS SZKOLENIA IANTD:

POZIOM KURSU: _____

FORMULARZE ADMINISTRACYJNE:

Zwolnienie z Odpowiedzialności	Kwestionariusz Medyczny	Ocena Umiejętności
Data: _____	Data: _____	Data: _____

SESJE KURSOWE:

Sesja(e) teoretyczna	Sesja(e) basenowa (CW)	Wody otwarte/nurkowania overhead
Number of Sessions: _____ Completion Data: _____	Number of Sessions: _____ Completion Data: _____	Completion Data: _____ Number of Dives: _____ Total Bottom Time: _____

WERYFIKACJA WIEDZY TEORETYCZNEJ:

Zeszyt ćwiczeń do kursu (jeśli używany)	Egzamin
Data ukończenia: _____ Punkty: _____	Data ukończenia: _____ Punkty: _____

CERTYFIKACJA:

Wysłano	Otrzymano	Dostarczone
Data: _____	Data: _____	Data: _____



MEDICAL QUESTIONNAIRE

(Version 16.11.3)

INFORMACJA O KURSANCIE

Imię i nazwisko _____

Data urodzenia _____ Telefon: _____

INFORMACJA DLA LEKARZA

Techniczne działania nurkowe ze sprężonym powietrzem, wzbogaconym w tlen powietrzem (Nitrox), tlenem, helem i/lub Trimixem wymagają wysiłku fizycznego i powodują wysiłek ucznia w trakcie nurkowania. Mogą być przyczyną zranienia lub śmierci w wyniku choroby dekompresyjnej, zatoru gazowego, urazów powodowanych przez zwierzęta morskie, uraz ciśnieniowy/hiperbaryczny oraz obrażenia wymagające leczenia w komorze dekompresyjnej, zawał serca, panikę, hiperwentylację, toksyczność tlenową, narkozę gazu obojętnego, utonięcie lub jakiegokolwiek inne dolegliwości, które mogą wystąpić.

Proszę przeczytać uważnie każde pytanie i odpowiedzieć na nie dokładnie. Proszę wyjaśnić wszelkie odpowiedzi "tak" w odpowiednim miejscu w dolnej części kwestionariusza. Ten formularz i twoje odpowiedzi będą poufne. Pozytywna odpowiedź niekoniecznie wyklucza cię z udziału w programie szkoleniowym IANTD Technical Diving

STAN MEDYCZNY	TAK lub NIE
1. STAN NEUROLOGICZNY: Szczególnie każda historia epilepsji, udaru, operacji mózgu, omdleń, ciężkich migren lub tętniaka naczyń krwionośnych mózgu.	
2. STAN KARDIOLOGICZNY: Szczególnie zawał serca, operacja serca, nieregularne bicie serca, niekontrolowane podwyższone ciśnienie krwi (nadciśnienie).	
3. STAN PULMONOLOGICZNY: Zwłaszcza historia spontanicznego zapadnięcia płuca, zapadnięte płuco z powodu urazu, torbiele lub kieszenie powietrzne płuc, poważne uszkodzenie tkanki płucnej, rozedma płuc, lub jakiegokolwiek problem z płucami, który zakłóca zdolność do oddychania.	
4. STAN LARYNGOLOGICZNY: Stałe otwory w błonie bębenkowej, historia pęknięcia błony bębenkowej, tympanostomia (rurka w błonie bębenkowej), poważnie uszkodzony słuch lub utrata słuchu w jednym lub w obu uszach lub poważna operacja ucha	
5. STAN ZATOK: Guz, polipy lub torbiele w jamach zatok lub nosowych, poważny zabieg chirurgiczny zatok lub uporczywe zakażenia zatok.	
6. ASTMA: Historia astmy lub ataków astmy. Każda historia świszczącego oddechu spowodowanego ćwiczeniami, lęk, zimno, zmęczenie, itp. Każde schorzenie wymagające leków i/lub korzystania z inhalatora do kontrolowania oddechu.	
7. CUKRZYCA: Zwłaszcza cukrzyca typu I (zależna od insuliny) albo cukrzyca typu II, które wymagają insuliny lub leków doustnych do kontroli jej poziomu. Każda forma cukrzycy, która jest niestabilna, skoki poziomu insuliny lub epizody hipoglikemii (reakcje na niski poziom cukru we krwi), hiperglikemia (wysoki poziom cukru we krwi z ketozą) lub jeśli jest związana z chorobą nerek, chorobą oczu, chorobą serca lub chorobą naczyń krwionośnych. Także wszelka historia podwyższonego poziomu cukru we krwi lub podwyższonego ciśnienia w czasie ciąży.	
8. CIĄŻA: Czy jesteś obecnie w ciąży lub możesz zajść w ciążę przed ukończeniem kursu nurkowania.	
9. STANY ZWIĄZANE Z WCZĘSNIJSZYM NURKOWANIEM: Historia wypadków podczas nurkowania, choroby dekompresyjnej, dekompresję ucha wewnętrznego lub zator powietrzny.	
10. LEKI I ŚRODKI MEDYCZNE: Wszelkie leki brane regularnie nie przepisane lub przepisane przez lekarza.	
11. OGÓLNE PROBLEMY ZDROWOTNE: Każdy niewymieniony stan fizyczny i/lub emocjonalny, który może mieć wpływ na bezpieczeństwo studentów w środowisku podwodnym lub wpłynąć na zdolność oceny przez studentów w chwilach stresu fizycznego.	
12. PROSZĘ WYJAŚNIĆ WSZYSTKIE ODPOWIEDZI "TAK" NA PYTANIA 1 DO 11. Najpierw podaj numer pytania, a następnie wyjaśnienie. Skorzystaj z tyłu tej kartki, jeśli to konieczne	

Parafka: _____

Oświadczam, że odpowiedziałem(am) na powyższe pytania dokładnie i rzetelnie.



MEDICAL QUESTIONNAIRE

(Version 16.11.3)

PODPISY:

Podpis studenta: _____ Data: _____

Jeśli kursant ma poniżej 18 lat, rodzic lub opiekun studenta musi również poświadczyć umowę przez podpisanie formularza.

Imię rodzica lub opiekuna: _____ Data: _____

Podpis rodzica lub opiekuna: _____

PODSUMOWANIE:

Student gotowy do zajęć: _____ Student wymaga badania lekarskiego: _____

UWAGA:

Doustne lub ogólnoustrojowe środki zmniejszające przekrwienie, maści lub doustne leki na chorobę morską, plastry nikotynowe, wszystkie prawnie dozwolone leki lub narkotyki, pojedynczo lub w kombinacji, mogą powodować szkodliwe, jeśli nie śmiertelne, reakcje pod wodą, zwłaszcza gdy były stosowane tuż przed nurkowaniem.

Ja, _____, potwierdzam, że przeczytałem(am) powyższe ostrzeżenie, że je rozumiem, i biorę odpowiedzialność za swoje działania w odniesieniu do używania lub wykorzystania wszelkich leków w czasie kursu nurkowania.

PODPISY:

Podpis studenta: _____ Data: _____

Jeśli kursant ma poniżej 18 lat, rodzic lub opiekun studenta musi również poświadczyć umowę przez podpisanie formularza.

Imię rodzica lub opiekuna: _____ Data: _____

Podpis rodzica lub opiekuna: _____



THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF NITROX AND TECHNICAL DIVERS, INC.

IANTD World HQ, 119 NW Ethan Place – Suite 101, Lake City, FL USA,
Phone: 386-438-8312 Fax: 509-355-1297

(dalej jako IANTD lub IANTD, Inc.)

Regionalny posiadacz licencji na terenie Republiki Czeskiej, Polski i Węgier, Irlandii:

IANTD Central Europe s. r. o., IČ: 45791597, DIČ: CZ45791597, Za Potokem 46/4, PSČ 10600, Praha 10 – Záběhlce, Republika Czeska
www.iantd.cz, e-mail: iantd@iantd.cz

ZWOLNIENIE Z ODPOWIEDZIALNOŚCI i zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Zwolnienie z odpowiedzialności i oświadczenie o otrzymaniu informacji na temat możliwego ryzyka podczas kursów i nurkowania, złożone przez uczestnika kursu wobec IANTD, Inc. i IANTD Central Europe, s.r.o. (dalej jako IANTD), dotyczące programów treningu nurkowania technicznego i sportowego.

Prosimy o uważne zapoznanie się z treścią. Należy wypełnić wszystkie puste miejsca. Przed złożeniem podpisu pod Zwolnieniem z odpowiedzialności na końcu drugiej strony, należy zaparafować wszystkie akapity inicjałami.

Ja, _____, urodzony _____,
adres zamieszkania _____

jako uczestnik kursu _____ (razem z niepełnoletnim uczestnikiem kursu również rodzic/opiekun prawny podpisany poniżej), oświadczam, co następuje:

Potwierdzam, że zostałem zapoznany z możliwym niebezpieczeństwem wynikającym z udziału w kursie i zostałem ostrzeżony i szczegółowo zaznajomiony z możliwymi ryzykami związanymi z nurkowaniem technicznym i sportowym SCUBA. Dalej oświadczam, że zdaję sobie sprawę z tego, że nurkowanie ze sprężonym powietrzem, powietrzem wzbogaconym tlenem (Nitrox), tlenem, azotem, helem (Trimix lub Heliox) niesie za sobą konkretne ryzyka, które obejmują, ale nie ograniczają się wyłącznie do następujących problemów: choroba dekompresyjna, zatorowość płucna, zatrucie tlenem, narkoza gazów obojętnych, uraz związany z podwodną fauną i florą lub inne urazy barotraumatyczne i hiperbaryczne wymagające leczenia w komorze hiperbarycznej. Zdaję sobie sprawę, że wyprawy nurkowe konieczne podczas szkolenia i niezbędne do uzyskania certyfikatu mogą przebiegać w miejscu oddalonym od najbliższej komory hiperbarycznej. Pomimo tego chcę brać udział w kursach nurkowania SCUBA, nawet w przypadku możliwego braku dostępu do komory hiperbarycznej w miejscu nurkowania. Zgadzam się z tym, że mój instruktor/instruktorzy/firmy organizujące kurs, IANTD ani nikt z pracowników stowarzyszenia, urzędników, agentów lub innych osób upoważnionych lub upoważnionych (dalej jako strona zwolniona z odpowiedzialności) nie mogą być w żaden sposób pociągnięci do odpowiedzialności za jakikolwiek uraz lub śmierć albo inne szkody poniesione przeze mnie, zstępnych, wstępnych, spadkobierców lub inne osoby upoważnione, w wyniku mojego udziału w niniejszym kursie lub w wyniku czynnego lub biernego zaniedbania ze strony kogokolwiek, włącznie ze stroną zwolnioną z odpowiedzialności. W związku z powyższym zwalnam z odpowiedzialności powyższe osoby i podmioty i zgadzam się na zwolnienie osób i podmiotów podanych w tym akapicie z obowiązku zadośćuczynienia za szkodę, którą mogę ponieść ja lub inne ww. osoby w trakcie lub w wyniku udziału w kursie. Zrzekam się wszelkich roszczeń ze wskazanych wyżej tytułów wobec osób i podmiotów, o których mowa powyżej. Jestem zainteresowany udziałem w kursach i szkoleniach i zdaję sobie sprawę, że moje roszczenia i związek z IANTD podlegają prawu stanu Floryda.

Oświadczam, że wyrażam zgodę aby wszelkie ewentualne spory wynikające z mojego uczestnictwa w kursie były rozstrzygane według prawa właściwego dla stanu Floryda i przez sądy stanu Floryda. W związku z tym, że udział w niniejszym kursie jest dobrowolny, biorę na siebie odpowiedzialność za wszelkie ryzyka szkody lub urazy, które mogę ponieść podczas kursu, włącznie z ryzykami przewidywalnymi i nieprzewidywalnymi.

Oświadczam, iż:

- ✓ Ani ja, ani moja rodzina, zstępni, wstępni, spadkobiercy lub osoby upoważnione, nie będziemy domagać się od strony zwolnionej z odpowiedzialności żadnych świadczeń, jak również nie będę wszczynać sporów na drodze sądowej związanych z moim udziałem w kursie. Powyższe obowiązuje przez okres posiadania certyfikatu oraz po jego wygaśnięciu.
- ✓ Jestem świadomy tego, że nurkowanie techniczne i sportowe SCUBA jest wymagające fizycznie, że podczas kursu SCUBA będę mocno obciążony fizycznie i że jeżeli doznam urazu lub poniosę śmierć w wyniku zawału lub zawałów serca, udaru lub udarów, paniki, hiperwentylacji, zatrucia tlenem, narkozy gazów obojętnych, utonięcia, choroby dekompresyjnej lub jakiegokolwiek innego ryzyka związanego z nurkowaniem, nie będę pociągać do odpowiedzialności strony zwolnionej z odpowiedzialności. Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala na udział w kursie, na który się zgłosiłem i że nie mam żadnych ograniczeń zdrowotnych.
- ✓ Oświadczam, że jestem wykwalifikowanym nurkiem i że uzyskałem swoje kwalifikacje w następującej organizacji/firmie: _____
- ✓ Zdaję sobie sprawę z konieczności dostarczenia potrzebnego certyfikatu lub odpowiednich kwalifikacji. Certyfikat nurka SCUBA _____ uzyskałem w roku _____, nurkuję od _____ lat. Łącznie wykonałem _____ zanurzeń na głębokości maksymalnej _____ metrów.
- ✓ Jestem świadomy, że pojęcia wykorzystane w niniejszym dokumencie mają charakter umowny. Jestem świadomy wynikających z dokumentu zobowiązań prawnych i tego, że mój stosunek z IANTD i zobowiązania wynikające z niniejszego oświadczenia określają przepisy obowiązujące w USA. Mój podpis jest wyrazem mojej własnej i nieprzymuszonej woli.

Jednocześnie dobrowolnie podaję poniższe dane osobowe stowarzyszeniu IANTD/ IAND, Inc. lub przedstawicielowi regionalnemu i instruktorowi/firmie, w której zamierzam ukończyć szkolenie. Dane osobowe podaję w celu przechowywania i przetwarzania danych na potrzeby ewidencji członków stowarzyszenia i w celu wydania certyfikatu poświadczającego moje kwalifikacje. W ramach stowarzyszenia IANTD/ IAND, Inc./przedstawiciel regionalny ma prawo do gromadzenia, przechowywania i przetwarzania moich danych osobowych wyłącznie przez okres niezbędnie konieczny, w powyższym celu w związku z ewidencją osób posiadających certyfikaty oraz celach związanych z moim uczestnictwem w kursach.

Uczestnik kursu: _____

data: _____ podpis: _____

Rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego uczestnika:

adres zamieszkania: _____

data: _____ podpis: _____



STUDENT WATERMANSHIP EVALUATION FORM FOR INDIVIDUAL DIVES

(Version 16.11.3)

Nazwisko: _____ Imię: _____

Poziom kursu: _____ Spełnił wymagania wstępne? _____

Jeśli rebreather, to który będzie używany na kursie: _____

Data rozpoczęcia: _____ Data zakończenia: _____ Nazwisko instruktora: _____

Uwaga! Aby kwalifikować się do zaliczenia dowolnego szkolenia IANTD minimalna ocena umiejętności musi wynosić 80% ze 100%. Wykonując dodatkowe nurkowania uczestnik kursu może ukończyć kurs z co najmniej 80% w ciągu ostatnich dwóch kolejnych nurkowań. Może to wymagać kilku dodatkowych nurkowań dodanych do kursu.

1. Kontrola pływalności	Numer nurkowania	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Na głębokości											
Podczas wynurzenia											
Na przystanku bezpieczeństwa lub przystankach dekompresyjnych											
Średni wynik											
2. Techniki poruszania się	Numer nurkowania	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Technika pływania w płetwach i jej efektywność											
Opływowa pozycja ciała i unikanie zamulenia											
Techniki przeciągania się - jeśli używane											
Średni wynik											
3. Znajomość sprzętu	Numer nurkowania	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Komfort stosowanej konfiguracji i wyposażenia											
Znajomość umiejscowienia, przeznaczenia i zastosowania sprzętu											
Zdolność efektywnego przełączania gazów i kontrola PO ₂ na CCR											
Zdolność obsługi sprzętu w wodzie											
Średni wynik											
4. Świadomość	Numer nurkowania	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Świadomość pozycji partnera i instruktora											
Kontrola manometru, przyrządów pomiarowych, komputera i PO ₂ na CCR											
Świadomość fizycznego położenia (w odniesieniu do nurkowania)											
Reakcja na sygnały											
Zdolność do samoratownictwa (obejmuje jakość reakcji)											
Zdolność pomocy partnerowi (zawiera bycie dostępnym dla partnera)											
Świadomość i reakcja na zmiany stanu sprzętu podczas ćwiczeń											
Zdolność koncentracji na celu nurkowania											
Ogólna czujność											
Średni wynik											
5. Potwierdzenie ocen i podsumowanie nurkowań	Numer nurkowania	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Data nurkowania											
Czas nurkowania											
Parafka nurka											
Parafka instruktora											



STUDENT WATERMANSHIP EVALUATION FORM FOR INDIVIDUAL DIVES

(Version 16.11.3)

Wypełnij po ukończeniu kursu:

Punkty 1-3 poniżej wypełnia i omawia instruktor wraz ze studentem po ostatnim nurkowaniu na kursie.

1. Ocena ogólna:

- a. Samowystarczalność
- b. Bezpieczeństwo i czujność
- c. Zdolność bezpiecznego nurkowania z wykorzystaniem danego typu sprzętu
- d. Możliwość bezpiecznego nurkowania bez nadzoru
- e. Partner może komfortowo i bezpiecznie nurkować z tą osobą
- f. Sprawność fizyczna odpowiednia do tego typu nurkowania (minimalne wymaganie dla studenta to: płynąć 20 minut w pełnym sprzęcie ze średnią prędkością 15 metrów (50 stóp) na minutę).
- g. Przygotowanie psychiczne, całkowite zrozumienie ryzyka oraz znajomość sprzętu i procedur wymaganych do danego typu nurkowania
- h. Zadawalające wykonanie wszystkich umiejętności i ćwiczeń zarządzania stresem wymienionych w Standardach.

2. W mojej ocenie instruktorskiej studenta, jego umiejętności, komfort, sprawność fizyczna, przygotowanie psychiczne oraz znajomość obsługi sprzętu _____ do uzyskania kwalifikacji na tym poziomie nurkowym.

3. Dlatego ja, _____, instruktor(rzy) rekomenduje:

- a. Wydanie nurkowi certyfikatu na ten poziom nurkowy.
- b. Przed wydaniem licencji wykonanie lub poprawienie następujących ćwiczeń:
(zobacz uwagi instruktora(ów), poniżej lub na odwrocie tego formularza).

Uwaga! Aby kwalifikować się do zaliczenia dowolnego szkolenia IANTD minimalna ocena umiejętności musi wynosić 80% ze 100%. Wykonując dodatkowe nurkowania uczestnik kursu może ukończyć kurs z co najmniej 80% w ciągu ostatnich dwóch kolejnych nurkowań. Może to wymagać kilku dodatkowych nurkowań dodanych do kursu.

Uwagi:

Podpis instruktora

Data:

Podpis studenta

Data

Jeśli uczestnik jest w wieku poniżej 18 lat, to rodzic lub opiekun musi podpisać umowę i zgodzić się być prawnie z nią związanym, a ponadto jest prawnie odpowiedzialny za małoletniego uczestnika, w tym jest odpowiedzialny za wszelkie szkody, uszkodzenia ciała lub śmierci, które mogą wystąpić wskutek udziału małoletniego w działalności nurkowej. Rodzic lub opiekun wyraża zgodę, aby być w pełni odpowiedzialny za zwolnienie stron za szkody, uszkodzenia ciała lub śmierci spowodowanej przez małoletniego, w tym skarg wniesionych przez małoletniego, za jakiegokolwiek szkody.

Podpis rodzica lub opiekuna

Data

UWAGA: Ten formularz musi być przechowywany przez instruktora przez minimum pięć (5) lat. Na prośbę QA lub z powodów prawnych, instruktor prześle IANTD HQ lub lokalnemu biurze IANTD kopię dokumentacji dla wymienionych studentów.

Medycyna nurkowa | Kwestionariusz uczestnika

Nurkowanie rekreacyjne i nurkowanie na wstrzymanym oddechu (freediving) wymagają dobrego zdrowia fizycznego i psychicznego. Istnieje kilka stanów chorobowych, wymienionych poniżej, które mogą stanowić zagrożenie podczas nurkowania. Osoby, które mają którekolwiek z tych schorzeń, lub są do nich predysponowane, powinny przeprowadzić konsultację lekarską. Niniejszy kwestionariusz medyczny dla uczestników nurkowania stanowi podstawę do określenia, czy powinieneś zasięgnąć takiej oceny. Jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości dotyczące swojej zdolności do nurkowania, które nie są przedstawione w tym formularzu, skonsultuj się z lekarzem przed nurkowaniem. Jeśli czujesz się źle, unikaj nurkowania. Jeśli uważasz, że możesz mieć chorobę zakaźną, chroń siebie i innych nie uczestnicząc w szkoleniach nurkowych i/lub zajęciach nurkowych. Odniesienia dotyczące "nurkowania" w niniejszym formularzu obejmują zarówno nurkowanie rekreacyjne jak i nurkowanie na wstrzymanym oddechu (freediving). Formularz ten jest przygotowany głównie jako wstępna ocena medyczna dla nurków rozpoczynających nurkowanie, ale jest również odpowiedni dla nurków podejmujących dalszą edukację. Dla bezpieczeństwa Twojego i innych osób, które mogą nurkować z Tobą, odpowiedz uczciwie na wszystkie pytania.

Wskazówki

Wypełnij ten kwestionariusz jako warunek wstępny do kursu nurkowania rekreacyjnego lub na wstrzymanym oddechu.

Uwaga dla kobiet: Jeśli jesteś w ciąży lub próbujesz zajść w ciążę, nie nurkuj.

1	Miałam/em problemy z płucami/oddychaniem, sercem, krwią lub zdiagnozowano u mnie COVID-19.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola A	Nie <input type="checkbox"/>
2	Mam ponad 45 lat.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola B	Nie <input type="checkbox"/>
3	Mam trudności z wykonywaniem umiarkowanych ćwiczeń (np. przejście 1,6 km w ciągu 14 minut lub przepłynięcie 200 metrów bez odpoczynku), LUB nie byłem w stanie uczestniczyć w normalnym wysiłku fizycznym z powodu kondycji fizycznej lub stanu zdrowia w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
4	Miałam/em problemy z oczami, uszami, przewodami nosowymi lub zatokami przynosowymi.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola C	Nie <input type="checkbox"/>
5	Miałam/em operację w ciągu ostatnich 12 miesięcy LUB mam ciągle problemy związane z wcześniejszymi operacjami.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
6	Straciłam/em przytomność, miałam/em migrenowe bóle głowy, napady drgawek, udar mózgu, istotny uraz głowy, lub cierpię na trwałe uszkodzenie neurologiczne lub chorobę o podłożu neurologicznym.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola D	Nie <input type="checkbox"/>
7	Obecnie jestem leczona/y (lub wymagałam/em leczenia w ciągu ostatnich pięciu lat) z powodu problemów psychicznych, zaburzeń osobowości, ataków paniki, uzależnienia od narkotyków lub alkoholu, lub zostałam/em zdiagnozowana/y jako osoba z zaburzeniami uczenia się.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola E	Nie <input type="checkbox"/>
8	Miałam/em lub mam problemy z plecami, przepuklinę, owrzodzenia albo cukrzycę.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola F	Nie <input type="checkbox"/>
9	Miałam/em lub mam problemy żołądkowe lub jelitowe, w tym w ostatnim czasie biegunkę.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola G	Nie <input type="checkbox"/>
10	Przyjmuję leki przepisane przez lekarza na receptę (z wyjątkiem leków antykoncepcyjnych lub przeciwnadciśnieniowych innych niż meflochina (Lariam).	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>

Oświadczenie Uczestnika

Jeśli odpowiedziałas/ęś NIE na wszystkie 10 powyższych pytań, ocena lekarska nie jest wymagana. Prosimy o zapoznanie się i wyrażenie zgody na poniższe oświadczenie uczestnika poprzez podpisanie i datowanie go.

Oświadczenie Uczestnika: Odpowiedziałam/em na wszystkie pytania uczciwie i rozumiem, że przyjmuję odpowiedzialność za wszelkie konsekwencje wynikające z pytań, na które odpowiedziałam/em nieprecyzyjnie lub za nieujawnienie jakichkolwiek obecnych lub przeszłych stanów zdrowia.

Podpis Uczestnika (lub, w przypadku osoby niepełnoletniej, podpis rodzica/opiekuna)

Data (dd/mm/yyyy)

Imię i nazwisko Uczestnika (drukowanymi literami)

Data urodzenia (dd/mm/yyyy)

Imię i nazwisko Instruktora (drukowanymi literami)

Nazwa Centrum Nurkowego (drukowanymi literami)

* **Jeśli odpowiedziałas/ęś TAK** na pytania 3, 5 lub 10 powyżej **LUB** na którekolwiek z pytań na stronie 2, prosimy przeczytać i zaakceptować powyższe oświadczenie, podpisując je i datując **ORAZ zabrać wszystkie trzy strony tego formularza (Kwestionariusz Uczestnika i Formularz Oceny Medycznej) do lekarza** w celu dokonania oceny medycznej. Uczestnictwo w kursie nurkowym wymaga zgody lekarza.

Medycyna nurkowa | Kwestionariusz Uczestnika - kontynuacja

POLE A – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Operację klatki piersiowej, operację serca, operację zastawek serca, założenie stentu lub odmě oplucnową (zapadnięte płuco).	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Astmę, świszczący oddech, nasilone alergie, katar sienny lub niedrożne drogi oddechowe, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, które ograniczały moją aktywność fizyczną / aktywność sportową.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Problem lub chorobę związaną z moim sercem, na przykład: dusznicę bolesną, ból w klatce piersiowej przy wysiłku, niewydolność serca, obrzęk płuc, zawał serca lub udar mózgu, LUB przyjmuję leki na jakąkolwiek chorobę serca.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Nawracające zapalenie oskrzeli i kaszel w ciągu ostatnich 12 miesięcy, LUB zdiagnozowaną rozedmę.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Zdiagnozowaną chorobę COVID-19.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE B – MAM PONAD 45 LAT ORAZ:		
Obecnie palę lub wdycham nikotynę w inny sposób.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Mam wysoki poziom cholesterolu.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Mam wysokie ciśnienie krwi.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Miałam/em bliskiego krewnego zmarłego nagle lub z powodu choroby serca lub udaru mózgu przed 50 rokiem życia, LUB mam w rodzinnym wywiadzie chorobę serca u osób przed 50 rokiem życia (w tym zaburzenia rytmu serca, chorobę wieńcową lub kardiomiopatię).	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE C – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Operację zatok w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Chorobę lub operację ucha, utratę słuchu lub problemy z równowagą.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Powtarzające się zapalenie zatok w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Operację oka w ciągu ostatnich 3 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE D – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Uraz głowy z utratą przytomności w ciągu ostatnich 5 lat.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Trwałe uszkodzenie neurologiczne lub chorobę o podłożu neurologicznym.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Powtarzające się migrenowe bóle głowy w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub przyjmuję leki, aby im zapobiec.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Utratę przytomności lub omdlenie (całkowita/częściowa utrata świadomości) w ciągu ostatnich 5 lat.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Padaczkę, napady padaczkowe lub drgawki, LUB przyjmuję leki, aby im zapobiec.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE E – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Problemy behawioralne, psychiczne lub psychologiczne wymagające leczenia medycznego/psychiatrycznego.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Poważną depresję, myśli samobójcze, ataki paniki, niekontrolowaną chorobę dwubiegunową wymagającą leczenia farmakologicznego/psychiatrycznego.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Zdiagnozowany stan zdrowia psychicznego lub zaburzenie uczenia się/rozwoju, który wymaga stałej opieki.	SI <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Uzależnienie od narkotyków lub alkoholu wymagające leczenia w ciągu ostatnich 5 lat.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE F – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Powtarzające się w ciągu ostatnich 6 miesięcy problemy z plecami, które ograniczają moją codzienną aktywność.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Operację pleców lub kręgosłupa w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Cukrzyca, zarówno kontrolowana przez leki, jak i przez dietę, LUB cukrzyca ciążowa w ciągu ostatnich 12 miesięcy	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Nieskorygowaną przepuklinę, która ogranicza moje możliwości fizyczne.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Aktywne lub nieleczone owrzodzenia, problematyczne rany lub chirurgiczne leczenie owrzodzeń w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE G – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Operację stomii i nie mam zezwolenia lekarskiego na pływanie lub angażowanie się w aktywność fizyczną, ca per nuotare o praticare attività fisica.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Odwodnienie wymagające interwencji medycznej w ciągu ostatnich 7 dni.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Aktywne lub nieleczone wrzody żołądka lub jelita lub chirurgiczne leczenie wrzodów przewodu pokarmowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Częstą zgagę, regurgitację lub refluks żołądkowo-przelykowy (GERD).	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Aktywne lub niekontrolowane wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub chorobę Leśniowskiego-Crohna.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Operację bariatryczną w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>

Medycyna nurkowa | Formularz oceny medycznej

Imię i nazwisko Uczestnika

Data urodzenia

(drukowanymi literami)

Data (dd/mm/yyyy)

Wyżej wymieniona osoba zwraca się z prośbą o wyrażenie opinii na temat swojej zdolności medycznej do uczestnictwa w nurkowaniu rekreacyjnym, szkoleniu lub aktywności freedivingowej. Proszę odwiedzić stronę uhms.org po wskazówki medyczne dotyczące warunków medycznych związanych z nurkowaniem. Zapoznaj się z obszarami istotnymi dla Twojego pacjenta w ramach prowadzonej oceny.

Wynik oceny medycznej:

- Zgoda - nie znajduję jakichkolwiek przesłanek, które byłyby przeciwskazaniem do nurkowania rekreacyjnego lub freediving'u.
- Brak zgody - stwierdzam istnienie przesłanek, które są przeciwskazaniem do nurkowania rekreacyjnego lub freediving'u.

Podpis Lekarza

Data (dd/mm/yyyy)

Imię i nazwisko Lekarza

Specjalizacja

(drukowanymi literami)

Przychodnia/Szpital

Adres

Telefona

Email

Pieczęć Lekarza/Przychodni/Szpitala (opcjonalnie)

Opracowanie: [Diver Medical Screen Committee](#) we współpracy z:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego