

Ιατρική Βεβαίωση Καταδύσεων | Ερωτηματολόγιο Συμμετεχόντων

Οι καταδύσεις αναψυχής, αυτόνομης και ελεύθερης κατάδυσης απαιτούν καλή σωματική και ψυχική υγεία. Υπάρχουν μερικές ιατρικές καταστάσεις που μπορεί να επιφέρουν κίνδυνο στην υγεία κατά την κατάδυση, και αναφέρονται παρακάτω. Τα άτομα που πάσχουν, ή έχουν προδιάθεση, για κάποιες από τις παρακάτω καταστάσεις, θα πρέπει να αξιολογούνται από γιατρό. Το παρόν ερωτηματολόγιο συμμετοχής σε καταδύσεις παρέχει μια αρχική εκτίμηση για να εξακριβωθεί εάν θα πρέπει να επιδιώξετε αυτή την ιατρική εξέταση. Εάν έχετε οποιαδήποτε ανησυχία σχετικά με την σωματική σας επάρκεια κατά την διάρκεια της κατάδυσης η οποία δεν αναφέρεται σε αυτό το ερωτηματολόγιο, συμβουλευτείτε το γιατρό σας πριν από οποιαδήποτε δραστηριότητα κατάδυση. Εάν αισθάνεστε άρρωστοι, αποφύγετε την κατάδυση. Αν νομίζετε ότι μπορεί να έχετε μια μεταδοτική ασθένεια, προστατεύστε τον εαυτό σας και τους άλλους με το να μην συμμετέχετε σε σχολεία κατάδυσης και/ή δραστηριότητες κατάδυσης. Οι αναφορές σε "καταδύσεις" σε αυτό το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνουν τόσο τις αυτόνομες καταδύσεις όσο και την ελεύθερη κατάδυση. Αυτό το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε κυρίως ως μια αρχική ιατρική εκτίμηση για τους νέους δύτες, αλλά είναι εξίσου κατάλληλη για τους δύτες που συνεχίζουν την εκπαίδευσή τους. Για την ασφάλειά σας, αλλά και για την ασφάλεια των ατόμων που καταδύονται μαζί σας, σας παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια.

Οδηγίες

Συμπληρώστε αυτό το ερωτηματολόγιο ως προϋπόθεση για να συμμετάσχετε σε αυτόνομη ή ελεύθερη κατάδυση.

Σημείωση για τις γυναίκες: Εάν είστε έγκυος, ή προσπαθείτε να μείνετε έγκυος, μην συμμετάσχετε σε δραστηριότητες κατάδυσης.

1	Είχα προβλήματα με τους πνεύμονές μου / την αναπνοή, την καρδιά, το αίμα, ή είχα διαγνωστεί με COVID-19	Ναι ☐ * Κατηγορία A	Όχι ☐
2	Είμαι άνω των 45 ετών	Ναι ☐ Κατηγορία B	Όχι ☐
3	Μου είναι σωματικά δύσκολο να εκτελέσω μια μέτριας έντασης άσκηση (για παράδειγμα, περπάτημα για 1,6 χιλιόμετρα ή ένα μίλι σε 14 λεπτά ή συνεχόμενη κολύμβηση για 200 μέτρα), ή δεν είμαι σε θέση να συμμετάσχω σε σωματικές δραστηριότητες λόγω κακής φυσικής κατάστασης ή λόγω υγείας κατά τους τελευταίους 12 μήνες.	Ναι ☐ *	Όχι ☐
4	Είχα προβλήματα με τα μάτια μου, αυτιά, μύτη/γυμνότητα	Ναι ☐ Κατηγορία C	Όχι ☐
5	Έχω χειρουργηθεί τους τελευταίους 12 μήνες, ή έχω συνεχόμενα προβλήματα / επιπλοκές από παλαιότερα χειρουργεία.	Ναι ☐ *	Όχι ☐
6	Έχω χάσει τις αισθήσεις μου, είχα πονοκεφάλους ή ημικρανίες, επιληπτικές κρίσεις, εγκεφαλικό επεισόδιο, σημαντικό τραυματισμό στο κεφάλι, ή πάσχω από κάποια νευρολογική βλάβη ή ασθένεια.	Ναι ☐ Κατηγορία D	Όχι ☐
7	Αυτή την περίοδο υποβάλλομαι σε κάποια θεραπεία (ή χρειάστηκε να λάβω κάποια συστηματική θεραπεία κατά την διάρκεια των τελευταίων 5 ετών) για ψυχολογικά νοσήματα, διαταραχή της προσωπικότητας, κρίσεις πανικού, ή για τον εθισμό στα ναρκωτικά ή το αλκοόλ ή, έχω διαγνωστεί με μαθησιακές δυσκολίες	Ναι ☐ Κατηγορία E	Όχι ☐
8	Είχα προβλήματα με την μέση, κήλες, έλκη, ή διαβήτη	Ναι ☐ Κατηγορία F	Όχι ☐
9	Είχα προβλήματα με το στομάχι ή στο έντερο, συμπεριλαμβανομένου και κάποιας πρόσφατης διάρροιας.	Ναι ☐ Κατηγορία G	Όχι ☐
10	Παίρνω συνταγογραφούμενα φάρμακα (με εξαίρεση τα αντιπηκτικά ή τα φάρμακα κατά της ελονοσίας εκτός από την μεφλοκίνη (Lariam)).	Ναι ☐ *	Όχι ☐

Υπογραφή Συμμετέχοντα

Εάν απαντήσατε ΟΧΙ και στις 10 παραπάνω ερωτήσεις, δεν απαιτείται ιατρική εξέταση. Παρακαλούμε διαβάστε και συμφωνήστε με τη δήλωση συμμετέχοντα παρακάτω βάζοντας την υπογραφή σας και την ημερομηνία.

Δήλωση συμμετέχοντα: Έχω απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια, και καταλαβαίνω ότι αναλαμβάνω την ευθύνη για τυχόν συνέπειες που προκύπτουν από οποιοδήποτε ερωτήσεις που μπορεί να έχω απαντήσει ανακριβώς ή για την αποτυχία μου να αποκαλύψω τυχόν υπάρχουσες ή προηγούμενες καταστάσεις ή παθήσεις.

Υπογραφή συμμετέχοντα (ή, εάν απαιτείται υπογραφή γονέα/κηδεμόνα του συμμετέχοντα)

Ημερομηνία (dd/mm/yyyy)

Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντα

Ημερομηνία Γέννησης (dd/mm/yyyy)

Ονοματεπώνυμο Εκπαιδευτή

Επωνυμία Κέντρου Κατάδυσης

* **Εάν απαντήσατε ΝΑΙ** στις ερωτήσεις 3, 5 ή 10 ή σε οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις στη σελίδα 2, παρακαλούμε διαβάστε και συμφωνήστε με την παραπάνω δήλωση υπογράφοντας και βάζοντας την σημερινή ημερομηνία **και παραδώστε και τις τρεις σελίδες αυτού του ερωτηματολογίου (Ερωτηματολόγιο Συμμετεχόντων και Έντυπο Αξιολόγησης του Ιατρού) στο γιατρό σας** για ιατρική αξιολόγηση. **Η συμμετοχή σας σε δραστηριότητες κατάδυσης απαιτεί την έγκριση του γιατρού σας.**

Ιατρική Βεβαίωση Καταδύσεων

| Ερωτηματολόγιο Συμμετεχόντων (συνέχεια)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α – ΕΧΩ / ΕΙΧΑ :		
Χειρουργείο θώρακος, καρδιάς, βαλβίδες, μπαλονάκι (στεφανιαίο stent), ή πνευμοθώρακα	Nai ☐ *	Όχι ☐
Άσθμα, συριγμό, σοβαρή αλλεργία, πυρετός του χόρτου, αποφρακτική πνευμονοπάθεια τους τελευταίους 12 μήνες τα οποία μειώνουν τα επίπεδα σωματικής επάρκειας και άσκησης	Nai ☐ *	Όχι ☐
Πρόβλημα ή ασθένεια που σχετίζεται με την καρδιά όπως: στηθάγχη, πόνος στο στήθος κατά την δραστηριότητα ή άσκηση, καρδιακή ανεπάρκεια, οξύ πνευμονικό οίδημα, έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, ή λαμβάνω φαρμακευτική αγωγή για κάποια πάθηση της καρδιάς	Nai ☐ *	Όχι ☐
Επαναλαμβανόμενες βρογχίτιδες και συχνός βήχας κατά τους τελευταίους 12 μήνες, ή διαγνωστεί με εμφύσημα	Nai ☐ *	Όχι ☐
Διαγνωστεί με τον COVID-19.	Nai ☐ *	Όχι ☐
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β – ΕΙΜΑΙ ΑΝΩ ΤΩΝ 45 ΕΤΩΝ ΚΑΙ:		
Καπνίζω καπνό ή ατμίζω προϊόντα που περιέχουν νικοτίνη	Nai ☐ *	Όχι ☐
Έχω υψηλά επίπεδα χοληστερίνης στο αίμα	Nai ☐ *	Όχι ☐
Έχω υψηλή πίεση (υπέρταση)	Nai ☐ *	Όχι ☐
Είχα συγγενή πρώτου βαθμού που πέθανε ξαφνικά από ασθένεια του καρδιαγγειακού, ή εγκεφαλικό επεισόδιο πριν την ηλικία των 50 ετών, ή έχω οικογενειακό ιστορικό από ασθένειες του καρδιαγγειακού πριν την ηλικία των 50 ετών (περιλαμβανομένου αρρυθμίες, στεφανιαία νόσο, ή καρδιομυοπάθειες)	Nai ☐ *	Όχι ☐
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Γ – ΕΧΩ / ΕΙΧΑ:		
Χειρουργείο στα ιγμόρεια ή/και τους παραρρινίους κόλπους	Nai ☐ *	Όχι ☐
Παθήσεις του ωτός (αυτίου), χειρουργείο αυτίου, χάσιμο της ακοής, ή προβλήματα με την ισορροπία	Nai ☐ *	Όχι ☐
Επαναλαμβανόμενη ιγμορίτιδα μέσα στους τελευταίους 12 μήνες	Nai ☐ *	Όχι ☐
Χειρουργείο στα μάτια μέσα στους τελευταίους 3 μήνες	Nai ☐ *	Όχι ☐
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ - ΕΧΩ / ΕΙΧΑ:		
Κρανιοεγκεφαλική κάκωση με απώλεια αισθήσεων μέσα στα τελευταία 5 χρόνια	Nai ☐ *	Όχι ☐
Επιμέρους νευρολογική κάκωση ή ασθένεια	Nai ☐ *	Όχι ☐
Επαναλαμβανόμενη ημικρανία/πονοκέφαλος μέσα στους τελευταίους 12 μήνες ή λήψη προληπτικής φαρμακευτικής αγωγής	Nai ☐ *	Όχι ☐
Συγκοπή ή λιποθυμία (ολική ή μερική απώλεια συνείδησης) μέσα στα τελευταία 5 χρόνια	Nai ☐ *	Όχι ☐
Επιληψία, επιληπτικές κρίσεις, ή σπασμοί ή λήψη προληπτικής φαρμακευτικής αγωγής	Nai ☐ *	Όχι ☐
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Ε - ΕΧΩ / ΕΙΧΑ:		
Προβλήματα συμπεριφορικής υγείας, ψυχικά ή ψυχολογικά προβλήματα που απαιτούν ιατρική/ψυχιατρική θεραπεία	Nai ☐ *	Όχι ☐
Μείζονα κατάθλιψη, αυτοκτονικός ιδεασμός, κρίσεις πανικού, ανεξέλεγκτη διπολική διαταραχή που απαιτεί φαρμακευτική αγωγή/ψυχιατρική θεραπεία	Nai ☐ *	Όχι ☐
Διαγνωστεί με κάποια ψυχική νόσο ή μία μαθησιακή / αναπτυξιακή διαταραχή που απαιτεί συνεχή φροντίδα	Nai ☐ *	Όχι ☐
Εθισμό στα ναρκωτικά ή το αλκοόλ που απαιτεί θεραπεία μέσα στα τελευταία 5 χρόνια	Nai ☐ *	Όχι ☐
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΣΤ - ΕΧΩ / ΕΙΧΑ:		
Επαναλαμβανόμενα προβλήματα με την μέση τους τελευταίους 6 μήνες που περιορίζουν την καθημερινή μου δραστηριότητα	Nai ☐ *	Όχι ☐
Χειρουργική επέμβαση στην μέση ή στην σπονδυλική στήλη εντός των τελευταίων 12 μηνών	Nai ☐ *	Όχι ☐
Ο διαβήτης, είτε ελέγχεται από φάρμακα είτε από διαίτα, ή διαβήτης κύησης εντός των τελευταίων 12 μηνών	Nai ☐ *	Όχι ☐
Μια μη-χειρουργημένη / διορθωμένη κήλη που περιορίζει τις σωματικές μου ικανότητες/δραστηριότητες	Nai ☐ *	Όχι ☐
Ενεργά ή μη θεραπευμένα έλκη, ανοιχτά τραύματα/πληγές ή χειρουργική επέμβαση έλκους εντός των τελευταίων 6 μηνών	Nai ☐ *	Όχι ☐
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Ζ - ΕΧΩ / ΕΙΧΑ:		
Κάνει χειρουργική επέμβαση στομίας (παρά φύση έδρα) και δεν έχω ιατρική έγκριση για να κολυμπήσω ή να συμμετάσχω σε σωματική δραστηριότητα	Nai ☐ *	Όχι ☐
Αφυδάτωση που απαιτήσει ιατρική παρέμβαση εντός των τελευταίων 7 ημερών.	Nai ☐ *	Όχι ☐
Ενεργά ή μη θεραπευμένα στομαχικά ή εντερικά έλκη ή χειρουργική επέμβαση έλκους εντός των τελευταίων 6 μηνών	Nai ☐ *	Όχι ☐
Συχνή καούρα, παλινδρόμηση, ή γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση	Nai ☐ *	Όχι ☐
Ενεργός ή ανεξέλεγκτη ελκώδης κολίτιδα ή νόσος του Crohn	Nai ☐ *	Όχι ☐
Βαριατρική χειρουργική επέμβαση μέσα στους τελευταίους 12 μήνες.	Nai ☐ *	Όχι ☐

Ιατρική Βεβαίωση Καταδύσεων | Έντυπο Αξιολόγησης Ιατρού

Ονοματεπώνυμο Συμμετέχοντα	Ημερομηνία Γέννησης
(dd/mm/yyyy)	

Το παραπάνω πρόσωπο ζητά τη γνώμη σας για την ιατρική του καταλληλότητα να συμμετάσχει σε ψυχαγωγικές ή αθλητικές δραστηριότητες αυτόνομης ή ελεύθερης κατάδυσης. Παρακαλούμε επισκεφθείτε το www.uhms.org για ιατρική καθοδήγηση σχετικά με τις ιατρικές καταστάσεις που σχετίζονται με τις καταδύσεις. Εξετάστε τους τομείς που σχετίζονται με τον ασθενή σας στο πλαίσιο της αξιολόγησής σας.

Αποτελέσματα Αξιολόγησης

- ☐ Εγκρίθηκε - Δεν βρίσκω παθολογικές καταστάσεις που θεωρώ ασυμβίβαστες με δραστηριότητες αναψυχής που σχετίζονται με την αυτόνομη ή ελεύθερη κατάδυση.
- ☐ Δεν Εγκρίθηκε - Βρίσκω παθολογικές καταστάσεις που θεωρώ ασυμβίβαστες με δραστηριότητες αναψυχής που σχετίζονται με την αυτόνομη ή ελεύθερη κατάδυση.

Υπογραφή Ιατρού	(dd/mm/yyyy)
-----------------	--------------

Ονοματεπώνυμο Ιατρού	Ειδικότητα
----------------------	------------

Ιατρείο / Κλινική / Νοσοκομείο

Διεύθυνση

Τηλέφωνο	Email
----------	-------

Υπογραφή Ιατρού/Κλινικής (Σφραγίδα προαιρετική)

Δημιουργήθηκε από την Επιτροπή Ιατρικής Αξιολόγησης Δυτών
([Diver Medical Screen Committee](#)) σε συνεργασία με τους ακόλουθους φορείς:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

(EU Version)

Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά και συμπληρώστε όλα τα κενά πριν υπογράψετε**Συμφωνία Γνωστοποίησης και Αναγνώρισης Μη-Αντιπροσώπου**

Κατανοώ και συμφωνώ ότι τα Μέλη της PADI ("Μέλη"), συμπεριλαμβανομένων των κατάστημα/θέρετρο και/ή οποιωνδήποτε μεμονομένων Εκπαιδευτών και Αρχηγών Κατάδυσης (Divemasters) της PADI που συνδέονται με το πρόγραμμα στο οποίο συμμετέχω, είναι αδειοδοτημένοι να χρησιμοποιούν τα διάφορα Εμπορικά Σήματα της PADI και να διεξάγουν την εκπαίδευση της PADI, αλλά δεν είναι αντιπρόσωποι, υπάλληλοι ή δικαιούχοι (franchisees) της PADI EMEA Ltd., της PADI Americas, Inc., ή της μητρικής, θυγατρικής και συνδεδεμένων επιχειρήσεων της ("PADI"). Επιπλέον κατανοώ ότι οι επιχειρηματικές δραστηριότητες του Μέλους είναι ανεξάρτητες, και ούτε ανήκουν ούτε λειτουργούν από την PADI, και ότι ενώ η PADI καθιερώνει τα πρότυπα για τα εκπαιδευτικά προγράμματα του δότη της PADI, δεν είναι αυτή υπεύθυνη, ούτε έχει το δικαίωμα να ελέγξει τη λειτουργία των επιχειρηματικών δραστηριοτήτων των Μελών και τη καθημερινή διεξαγωγή προγραμμάτων της PADI, και την επίβλεψη δυτών από Μέλη ή από το συνδεδεμένο με αυτά, προσωπικό.

Δήλωση Αποδοχής Νομικής Ευθύνης και Κινδύνου

Το παρόν είναι δήλωση με την οποία πληροφορήστε σχετικά με τους κινδύνους της ελεύθερης και της αυτόνομης κατάδυσης. Επίσης, η δήλωση καθορίζει τις περιστάσεις υπό τις οποίες συμμετέχετε στο καταδυτικό πρόγραμμα με δική σας ευθύνη.

Η υπογραφή σας στην παρούσα δήλωση απαιτείται ως απόδειξη ότι έχετε παραλάβει και διαβάσει την παρούσα δήλωση. Είναι σημαντικό να διαβάσετε το περιεχόμενο της παρούσας δήλωσης πριν την υπογράψετε. Σε περίπτωση που δεν κατανοείτε ο,τιδήποτε περιλαμβάνεται στην παρούσα δήλωση, παρακαλούμε συζητήστε το με τον εκπαιδευτή σας. Εάν είστε ανήλικος, απαιτείται επιπλέον υπογραφή του παρόντος έντυπου από κάποιο γονέα ή κηδεμόνα.

Προειδοποίηση

Η ελεύθερη και η αυτόνομη κατάδυση εμπεριέχουν κινδύνους οι οποίοι ενδέχεται να καταλήξουν σε τραυματισμό ή θάνατο.

Η κατάδυση με πεπιεσμένο αέρα εμπεριέχει ορισμένους κινδύνους, συμπεριλαμβανομένης της ασθένειας αποσυμπίεσης, εμβολής ή άλλων τραυματισμών υπερβαρικής φύσης οι οποίοι απαιτούν περιθαλψη σε θάλαμο επανασυμπίεσης. Τα καταδυτικά ταξίδια σε ανοικτή θάλασσα, τα οποία είναι απαραίτητα για την εκπαίδευση και την απόκτηση πιστοποίησης, ενδέχεται να διεξάγονται σε περιοχές οι οποίες είναι μακριά από άποψη χρόνου, ή απόστασης ή και των δύο, από τέτοιο θάλαμο επανασυμπίεσης. Η ελεύθερη κατάδυση και η αυτόνομη κατάδυση είναι επίπονες σωματικές δραστηριότητες και θα πιεστείτε κατά τη διάρκεια του συγκεκριμένου καταδυτικού προγράμματος. Πρέπει να ενημερώσετε με κάθε ειλικρίνεια και πληρότητα τους επαγγελματίες καταδύσεων και το κατάστημα μέσω του οποίου προσφέρεται το παρόν πρόγραμμα σχετικά με το ιατρικό ιστορικό σας.

Αποδοχή Κινδύνου

Κατανοώ και συμφωνώ ότι ούτε οι επαγγελματίες καταδύσεων οι οποίοι διεξάγουν το παρόν πρόγραμμα, εκπαιδευτής(-ες), ούτε το κατάστημα μέσω του οποίου διεξάγεται το παρόν πρόγραμμα, κατάστημα/θέρετρο, ούτε η PADI EMEA Ltd., ούτε η PADI Americas, Inc. ούτε οι συνδεδεμένες ή θυγατρικές της εταιρείες, ούτε αντίστοιχα οποιοσδήποτε από τους εργαζόμενους, στελέχη, πράκτορες ή πληρεξούσιοι αποδέχονται οποιαδήποτε ευθύνη για τυχόν θάνατο, τραυματισμό ή άλλη απώλεια υποσώμ εξαιτίας μου σε βαθμό που προκύψει λόγω της δικής μου συμπεριφοράς ή οποιουδήποτε ζητήματος ή συνθηκών υπό τον έλεγχό μου που ισοδυναμεί με συνυπαιτιότητά μου.

Εν απουσία αμέλειας ή άλλης παραβίασης καθήκοντος εκ μέρους των επαγγελματιών καταδύσεων οι οποίοι διεξάγουν το παρόν πρόγραμμα, εκπαιδευτής(-ες), του καταστήματος μέσω του οποίου διεξάγεται το παρόν πρόγραμμα, κατάστημα/θέρετρο, της PADI EMEA Ltd., της PADI Americas, Inc., και όλων όσων καθορίζονται ανωτέρω, φέρω ιδίαν ευθύνη όσον αφορά στη συμμετοχή μου στο παρόν καταδυτικό πρόγραμμα.

ΕΧΩ ΠΛΗΡΗ ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΜΗ-ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΝΟΜΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΕΧΩ ΔΙΑΒΑΣΕΙ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΟΡΟΥΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΥΤΩΝ ΤΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ.

Όνομα συμμετέχοντος (Αναγράψτε με κεφαλαία)

Υπογραφή συμμετέχοντος

Ημερομηνία (Ημέρα/Μήνας/Έτος)

Υπογραφή Γονέα/Κηδεμόνα όπου απαιτείται)

Ημερομηνία (Ημέρα/Μήνας/Έτος)



PADI

Έντυπο Συμφωνίας Αποδοχής Νομικής Ευθύνης/Ανάληψης Κινδύνου/Αναγνώρισης Μη-αντιπροσώπου Διοικητικό Έγγραφο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Επίσης, συμπληρώστε και επισυνάψτε το Ιατρικό Έντυπο Δύτης (Αρ. Προϊόντος 10346)

Αυτή είναι μια δήλωση με την οποία ενημερώνεστε για τις καθιερωμένες πρακτικές ασφαλούς κατάδυσης για την κατάδυση από την επιφάνεια με μία αναπνοή (skin) και την αυτόνομη κατάδυση. Αυτές οι πρακτικές έχουν δημιουργηθεί για να ανατρέξετε σε αυτές και να τις αποδεχθείτε και έχουν ως σκοπό να ενισχύουν την άνεση και την ασφάλεια σας στην κατάδυση. Η υπογραφή σας σε αυτή τη δήλωση απαιτείται ως απόδειξη ότι γνωρίζετε αυτές τις ασφαλείς καταδυτικές πρακτικές. Διαβάστε και συζητήστε τη δήλωση πριν την υπογράψετε. Εάν είστε ανήλικος (-η), αυτό το έντυπο πρέπει επίσης να υπογραφεί από έναν γονέα ή κηδεμόνα.

Εγώ, _____, **όνομα συμμετέχοντα**
κατανοώ ότι ως δύτης θα πρέπει:

1. Να διατηρώ καλή ψυχική και σωματική κατάσταση για καταδύσεις. Να αποφεύγω να βρίσκομαι υπό την επήρεια αλκοόλ ή επικίνδυνων φαρμάκων κατά την κατάδυση. Να διατηρώ την ικανότητα στις καταδυτικές δεξιότητες, επιδιώκοντας να τις ενισχύσω μέσα από τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και την επανάληψη τους σε ελεγχόμενες συνθήκες μετά από μία περίοδο καταδυτικής αδράνειας και ανατρέχοντας στα υλικά του προγράμματος μου ώστε να παραμείνω ενημερωμένος (-η) και να θυμηθώ και πάλι σημαντικές πληροφορίες.
2. Να είμαι εξοικειωμένος (-η) με τις καταδυτικές μου τοποθεσίες. Εάν δεν είμαι, να κάνω έναν τυπικό καταδυτικό προσανατολισμό από μία καταρτισμένη, τοπική πηγή. Εάν οι συνθήκες κατάδυσης είναι χειρότερες από εκείνες στις οποίες έχω εμπειρία, να αναβάλλω την κατάδυση ή να επιλέξω μία εναλλακτική τοποθεσία με καλύτερες συνθήκες. Να συμμετέχω μόνο σε καταδυτικές δραστηριότητες σύμφωνα με την εκπαίδευση και την εμπειρία μου. Να μη συμμετέχω σε καταδύσεις σε σπήλαια ή τεχνικής κατάδυσης εκτός εάν έχω ειδικά εκπαιδευτεί για αυτές.
3. Να χρησιμοποιώ πλήρη, καλά συντηρημένο, αξιόπιστο εξοπλισμό με τον οποίο είμαι εξοικειωμένος (-η) και να τον ελέγχω για καλή εφαρμογή και λειτουργία πριν από κάθε κατάδυση. Να έχω μία συσκευή ρύθμισης πνευστότητας, σύστημα πλήρωσης χαμηλής πίεσης για τον έλεγχο της πνευστότητας, υποβρύχιο μετρητή πίεσης και εναλλακτική πηγή αέρα και συσκευή προγραμματισμού/παρακολούθησης της κατάδυσης (καταδυτικό κομπιούτερ, RDP /καταδυτικούς πίνακες - όποιο έχετε εκπαιδευτεί να χρησιμοποιείτε) όταν κάνω αυτόνομη κατάδυση. Να αρνούμαι τη χρήση του εξοπλισμού μου σε μη πιστοποιημένους δύτες.
4. Να ακούω προσεκτικά τις καταδυτικές ενημερώσεις και τις οδηγίες και να σεβόμαι τη συμβουλή από τα άτομα που με επιβλέπουν στις καταδυτικές μου δραστηριότητες. Να αναγνωρίζω ότι συνιστάται πρόσθετη εκπαίδευση για τη συμμετοχή σε εξειδικευμένες καταδυτικές δραστηριότητες, σε άλλες γεωγραφικές περιοχές και μετά από περιόδους αδράνειας που υπερβαίνουν τους έξι μήνες.

5. Να εφαρμόζω το σύστημα ανά ζεύγη σε κάθε κατάδυση. Να προγραμματίζω καταδύσεις - συμπεριλαμβάνοντας την επικοινωνία, τις διαδικασίες επανασύνδεσης σε περίπτωση χωρισμού και τις διαδικασίες έκτακτης ανάγκης - μαζί με το ζευγάρι μου.
6. Να είμαι ικανός (-η) στον καταδυτικό προγραμματισμό (με τη χρήση καταδυτικού κομπιούτερ ή καταδυτικού πίνακα). Να κάνω όλες τις καταδύσεις χωρίς αποσυμπίεση και να αφήνω ένα περιθώριο ασφάλειας. Να έχω ένα μέσο παρακολούθησης του βάθους και του χρόνου υποβρυχίως. Να περιορίζω το μέγιστο βάθος στο επίπεδο της εκπαίδευσης και της εμπειρίας μου. Να αναδύομαι με ρυθμό που δεν υπερβαίνει τα 18 μέτρα/60 πόδια ανά λεπτό. Να είμαι ένας SAFE (Ασφαλής) δύτης - Slowly Ascend From Every dive (να Αναδύομαι Αργά Από Κάθε Κατάδυση). Να πραγματοποιώ μία στάση ασφαλείας ως πρόσθετο προληπτικό μέτρο, συνήθως στα 5 μέτρα/15 πόδια για τρία λεπτά ή περισσότερο.
7. Να διατηρώ κατάλληλη πνευστότητα. Να προσαρμόζω τα βάρη στην επιφάνεια για ουδέτερη πνευστότητα χωρίς αέρα στη συσκευή ελέγχου της πνευστότητας μου. Να διατηρώ ουδέτερη πνευστότητα ενώ είμαι υποβρυχίως. Να έχω θετική πνευστότητα στην επιφάνεια για κολύμβηση και ξεκούραση. Να έχω τα βάρη σε κατάλληλη θέση και με άμεση πρόσβαση για εύκολη αφαίρεση και να αποκτώ πνευστότητα όταν κινδυνεύσω κατά την κατάδυση. Να μεταφέρω τουλάχιστον μία συσκευή σήμανσης επιφανείας (όπως είναι ένα σωλήνας σήμανσης, μία σφυρίχτρα, ένας καθρέφτης).
8. Να αναπνέω σωστά για την κατάδυση. Ποτέ να μην κρατάω την αναπνοή μου ή να μην παραλείπω αναπνοή όταν εισπνέω συμπιεσμένο αέρα και να αποφεύγω τον υπερβολικό υπεραερισμό όταν κάτω ελεύθερη κατάδυση κρατώντας την αναπνοή μου. Να αποφεύγω την υπερβολική εξάντληση όταν είμαι μέσα στο νερό και υποβρυχίως και να καταδύομαι μέσα στα όρια μου.
9. Να χρησιμοποιώ σκάφος, πλωτήρα ή άλλο σταθμό υποστήριξης επιφανείας, όταν αυτό είναι εφικτό.
10. Να γνωρίζω και να τηρώ τους τοπικούς καταδυτικούς νόμους και κανονισμούς, συμπεριλαμβανομένων νόμων για το ψάρεμα και το κυνήγι και την καταδυτική σημαία. Έχω διαβάσει τις παραπάνω δηλώσεις και μου έχουν απαντηθεί ικανοποιητικά οποιοσδήποτε απορίες είχα.

Κατανοώ τη σπουδαιότητα και τους σκοπούς αυτών των καθιερωμένων πρακτικών. Αναγνωρίζω ότι είναι για την ασφάλεια και την ευημερία μου και ότι η αποτυχία να τις ακολουθήσω μπορεί να με θέσει σε κίνδυνο κατά την κατάδυση.

ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΜΗ-ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ

Κατανοώ και συμφωνώ ότι τα PADI Μέλη ("Μέλη"), συμπεριλαμβανομένων _____ **κατάστημα/θέρετρο** και/ή οποιωνδήποτε μεμονωμένων PADI Instructors (Εκπαιδευτών) και Divemasters (Αρχηγών Κατάδυσης) που συνδέονται με το πρόγραμμα στο οποίο συμμετέχω, είναι αδειοδοτημένοι να χρησιμοποιούν τα διάφορα Εμπορικά Σήματα της PADI και να διεξάγουν εκπαίδευση της PADI, αλλά δεν είναι αντιπρόσωποι, υπάλληλοι ή δικαιοδόχοι (franchisees) της PADI Americas, Inc, ή της μητρικής, θυγατρικής και συνδεδεμένων επιχειρήσεων της ("PADI"). Κατανοώ, επίσης, ότι οι επιχειρηματικές δραστηριότητες του Μέλους είναι ανεξάρτητες και ούτε ανήκουν ή λειτουργούν από την PADI και ότι ενώ η PADI καθορίζει τα πρότυπα για τα προγράμματα εκπαίδευσης του δύτη της PADI, δεν είναι αυτή υπεύθυνη, ούτε έχει το δικαίωμα να ελέγχει τη λειτουργία των επιχειρηματικών δραστηριοτήτων των Μελών και την καθημερινή διεξαγωγή των PADI προγραμμάτων και της επίβλεψης δυτών από τα Μέλη ή από το προσωπικό με το οποίο συνεργάζονται. Κατανοώ επίσης και συμφωνώ εξ ονόματος εμού, των κληρονόμων μου και των διαχειριστών της περιουσίας μου, ότι σε περίπτωση τραυματισμού ή θανάτου κατά τη διάρκεια αυτής της δραστηριότητας, ούτε εγώ ούτε και οι διαχειριστές της περιουσίας μου θα επιδιώξουν να θεωρήσουν υπαίτια την PADI για τις πράξεις, τις παραλείψεις ή την αμέλεια του

_____ **κατάστημα/θέρετρο** και/ή των instructors (εκπαιδευτών) και divemasters (αρχηγών κατάδυσης) που εμπλέκονται με τη δραστηριότητα.

Έντυπο Συμφωνίας Αποδοχής Νομικής Ευθύνης/Ανάληψης Κινδύνου/Αναγνώρισης Μη-αντιπροσώπου Διοικητικό Έγγραφο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

συνέχεια

ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ ΝΟΜΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΗΨΗΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Εγώ, _____, **όνομα συμμετέχοντα**, με το παρόν επιβεβαιώνω ότι γνωρίζω ότι η κατάδυση από την επιφάνεια κρατώντας την αναπνοή και η αυτόνομη κατάδυση έχουν εγγενείς κινδύνους οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν σοβαρό τραυματισμό ή θάνατο. Κατανοώ ότι η κατάδυση με συμπιεσμένο αέρα εμπεριέχει ορισμένους εγγενείς κινδύνους, συμπεριλαμβανομένων, αλλά χωρίς να περιορίζονται μόνο σε αυτούς, της νόσου της αποσυμπίεσης, της εμβολής ή άλλου τραυματισμού υπερβαρικής φύσης/υπερδιαστολής που απαιτεί θεραπεία σε θάλαμο επανασυμπίεσης. Επιπλέον, κατανοώ ότι τα καταδυτικά ταξίδια στην ανοιχτή θάλασσα που είναι απαραίτητα για την εκπαίδευση και για την πιστοποίηση μπορεί να διεξαχθούν σε μία απομακρυσμένη περιοχή, είτε από την άποψη χρόνου ή απόστασης ή και των δύο, από έναν τέτοιο θάλαμο επανασυμπίεσης. Εξακολουθώ να επιλέγω να προχωρήσω με αυτές τις καταδύσεις παρά την πιθανή απουσία ενός θαλάμου επανασυμπίεσης κοντά στην καταδυτική τοποθεσία.

Κατανοώ ότι η παρούσα Συμφωνία Απαλλαγής Νομικής Ευθύνης και Ανάληψης Κινδύνου (Συμφωνία) από εδώ και στο εξής συμπεριλαμβάνεται και ισχύει σε όλες τις δραστηριότητες και προγράμματα εκπαίδευσης δύτη που επιλέγω να συμμετάσχω. Αυτές οι δραστηριότητες και τα προγράμματα μπορούν να περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, το υψόμετρο, σκάφος, σπλήναιο, AWARE, βάθος, εμπλουτισμένο αέρα, φωτογράφιση/βιντεοσκόπηση, όχημα προώθησης δύτη, ρεύμα, στεγανή στολή, πάγο, πολυεπίπεδη, υχτερινή, τελειοποίηση ρύθμισης πλευστότητας, έρευνα & ανέλκυση, rebreather, υποβρύχιο φυσιοδίοφη, πλοήγηση, ναυάγιο, δύτη περιπέτειας, δύτη διάσωσης και άλλες ξεχωριστές ειδικότητες (στο εξής "Προγράμματα").

Κατανοώ και συμφωνώ ότι ούτε ο/οι instructor(s) [εκπαιδευτής (-ες)], divemasters(s) [αρχηγός (-οί) κατάδυσης], η εγκατάσταση που παρέχει τα Προγράμματα

_____ **κατάστημα/θέρετρο**, ούτε η PADI Americas, Inc., ούτε οι συνδεδεμένες και θυγατρικές επιχειρήσεις, ούτε οποιοσδήποτε από τους αντίστοιχους υπαλλήλους, στελέχη, εκπροσώπους, εξωτερικούς συνεργάτες, ή εκχωρήσεις (στο εξής αναφέρονται ως "Συμβαλλόμενα Μέρη") μπορεί να είναι υπόλογοι ή υπεύθυνοι με οποιονδήποτε τρόπο για οποιονδήποτε τραυματισμό, θάνατο ή άλλες βλάβες σε εμένα, στην οικογένεια, στην περιουσία, στους κληρονόμους ή στους εκχωρητές μου που μπορεί να προκύψουν από τη συμμετοχή μου στα Προγράμματα, ή ως αποτέλεσμα της αμέλειας οποιουδήποτε μέρους, συμπεριλαμβανομένων και των Συμβαλλόμενων Μερών, είτε παθητικά ή ενεργά.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι μου επιτρέπεται να συμμετάσχω στα Προγράμματα, δια του παρόντος αναλαμβάνω προσωπικά όλους τους κινδύνους των Προγραμμάτων, είτε προβλέψιμους ή απρόβλεπτους, που μπορεί να μου συμβούν ενώ συμμετέχω στα Προγράμματα, συμπεριλαμβανομένων, μεταξύ άλλων, των ακαδημαϊκών δραστηριοτήτων και των δραστηριοτήτων στα περιορισμένα νερά και/ή στην ανοιχτή θάλασσα. Επιπλέον, απαλλάσσω, εξαιρώ και θεωρώ ακίνδυνα τα προαναφερόμενα Προγράμματα και τα Ενδιαφερόμενα

Μέρη από οποιαδήποτε αξίωση ή αγωγή από εμένα, την οικογένεια, τους διαχειριστές της περιουσίας, τους κληρονόμους ή τους εκχωρητές μου, που προκύψει κατά τη διάρκεια του προγράμματος ή αφού λάβω την(τις) πιστοποίηση (-σεις) μου.

Κατανοώ ότι παλιές ή ισχύουσες ιατρικές καταστάσεις μπορεί να αντενδείκνυνται για τη συμμετοχή μου στα Προγράμματα. Δηλώνω ότι είμαι σε καλή ψυχολογική και σωματική κατάσταση για κατάδυση και ότι δε βρίσκομαι υπό την επήρεια αλκοόλ, ούτε είμαι υπό την επήρεια οποιωνδήποτε φαρμάκων που αντενδείκνυνται για κατάδυση. Εάν παίρνω φαρμακευτική αγωγή, δηλώνω ότι έχω επισκεφθεί ένα γιατρό και έχω την έγκριση να καταδυόμαι ενώ είμαι υπό την επήρεια της φαρμακευτικής αγωγής/φαρμάκων. Επιβεβαιώνω ότι είμαι δική μου ευθύνη να ενημερώσω τον εκπαιδευτή μου (instructor) για οποιαδήποτε και όλες τις αλλαγές στην κατάσταση της υγείας μου ανά πάσα στιγμή κατά τη διάρκεια της συμμετοχής μου στα Προγράμματα και συμφωνώ να αποδεχτώ την ευθύνη για την αδυναμία μου να το κάνω.

Κατανοώ επίσης ότι η κατάδυση από την επιφάνεια κρατώντας την αναπνοή και η αυτόνομη κατάδυση είναι σωματικά επίπονες δραστηριότητες και ότι θα καταβάλω προσπάθεια κατά τη διάρκεια του εν λόγω προγράμματος και ότι εάν τραυματιστώ ως αποτέλεσμα καρδιακής προσβολής, πανικού, υπεραερισμού, πνιγμού ή από οποιαδήποτε άλλη αιτία, αναλαμβάνω ρητά τον κίνδυνο των τραυματισμών που αναφέρθηκαν και ότι δεν θα θεωρήσω υπεύθυνα τα Ενδιαφερόμενα Μέρη για αυτό.

Επιπλέον δηλώνω ότι είμαι σε νόμιμη ηλικία και νομικά αρμόδιος (-α) να υπογράψω αυτή τη Συμφωνία Αποδοχής Νομικής Ευθύνης και Ανάληψης Κινδύνου, ή ότι έχω λάβει γραπτή συγκατάθεση από το γονέα ή κηδεμόνα μου. Κατανοώ ότι οι όροι του παρόντος είναι συμβατικοί και όχι μία απλή αναφορά και ότι έχω υπογράψει αυτή τη Συμφωνία με τη θέληση μου και γνωρίζοντας ότι με το παρόν συμφωνώ να παραιτηθώ από τα νόμιμα δικαιώματά μου. Συμφωνώ επίσης ότι εάν οποιαδήποτε διάταξη αυτής της Συμφωνίας κριθεί ανεφάρμοστη ή άκυρη, η διάταξη θα αφαιρεθεί από την παρούσα Συμφωνία. Το υπόλοιπο της παρούσης Συμφωνίας θα ερμηνευθεί σαν να μην είχε ποτέ περιληφθεί στο παρόν η ανεφάρμοστη διάταξη.

Με το παρόν δηλώνω και συμφωνώ ότι η παρούσα Συμφωνία θα ισχύει για όλες τις δραστηριότητες που σχετίζονται με τα Προγράμματα στα οποία συμμετέχω μέσα σε ένα έτος από την ημερομηνία που έχω υπογράψει αυτή τη Συμφωνία.

Κατανοώ και συμφωνώ ότι όχι μόνο παραιτούμαι του δικαιώματός μου να μηνύσω τα Συμβαλλόμενα Μέρη, αλλά και από τυχόν δικαιώματα που μπορεί να έχουν οι κληρονόμοι, οι εκχωρητές, ή οι δικαιούχοι μου ώστε να μηνύσουν τα Συμβαλλόμενα Μέρη που προκύπτουν από τον θάνατό μου. Περαιτέρω δηλώνω ότι έχω την εξουσία να το πράξω αυτό και ότι οι κληρονόμοι, οι εκχωρητές ή οι δικαιούχοι μου δε θα διεκδικήσουν το αντίθετο λόγω των εκπροσωπήσεων μου στα Συμβαλλόμενα Μέρη.

ΕΓΩ, _____, **όνομα συμμετέχοντα** ΕΧΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΙ ΚΑΙ ΕΠΙΣΥΝΑΨΕΙ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΔΥΤΗ (DIVER MEDICAL FORM) (10346) ΚΑΙ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΔΙΚΗ ΜΟΥ ΕΥΘΥΝΗ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΩ ΤΟΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗ ΜΟΥ (INSTRUCTOR) ΓΙΑ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΚΑΙ ΓΙΑ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΣΤΙΓΜΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΜΟΥ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΥΤΟΝΟΜΗΣ ΚΑΤΑΔΥΣΗΣ. ΣΥΜΦΩΝΩ ΝΑ ΑΝΑΛΑΒΩ ΤΗΝ ΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΠΑΡΑΛΕΙΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΜΟΥ ΝΑ ΑΠΟΚΑΛΥΨΩ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑ Η ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΥ, Η ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΕ ΑΥΤΗ.

ΕΓΩ, _____, **όνομα συμμετέχοντα** ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΤΙ ΑΠΑΛΛΑΣΣΩ ΚΑΙ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΩ ΤΟΥΣ INSTRUCTORS (ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΣ), DIVEMASTERS (ΑΡΧΗΓΟΥΣ ΚΑΤΑΔΥΣΗΣ) ΜΟΥ, ΤΗΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ PADI AMERICAS, INC. ΚΑΙ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΣΥΝΔΕΔΕΜΕΝΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΟΛΑ ΤΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΜΕΡΗ ΟΠΩΣ ΑΥΤΑ ΟΡΙΖΟΝΤΑΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ, ΑΠΟ ΟΛΗ ΤΗ ΝΟΜΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ Η ΚΑΘΕ ΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ, ΦΘΟΡΑ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΣ Ή ΑΔΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟ ΜΕ ΟΠΟΙΟΝΔΗΠΟΤΕ ΤΡΟΠΟ ΚΑΙ ΑΝ ΠΡΟΚΛΗΘΗΚΕ, ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ, ΜΕΤΑΞΥ ΑΛΛΩΝ, ΤΗΣ ΑΜΕΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΩΝ ΜΕΡΩΝ, ΕΙΤΕ ΑΥΤΗ ΕΙΝΑΙ ΠΑΘΗΤΙΚΗ Ή ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ.

ΕΧΩ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΠΛΗΡΩΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΜΗ-ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ, ΤΗΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ ΝΟΜΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΗΨΗΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ, ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ ΔΥΤΗ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΚΑΘΙΕΡΩΜΕΝΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΟΥΣ ΚΑΤΑΔΥΣΗΣ ΔΙΑΒΑΖΟΝΤΑΣ ΤΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΤΟΥΣ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΓΙΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΜΟΥ ΚΑΙ ΕΞ ΟΝΟΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΚΛΗΡΟΝΟΜΩΝ ΜΟΥ.

Υπογραφή Συμμετέχοντα

Ημερομηνία (Ημέρα/Μήνας/Έτος)

Υπογραφή Γονέα ή Κηδεμόνα (κατά περίπτωση)

Ημερομηνία (Ημέρα/Μήνας/Έτος)