

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 ☐ Idź do pola A	Nie ☐
2	Mam ponad 45 lat.	Tak ☐ Idź do pola B	Nie ☐
3	Mam trudności z wykonywaniem umiarkowanych ćwiczeń (np. przejście 1,6 km w ciągu 14 minut lub przepłynięcie 200 metrów bez odpoczynku), LUB nie byłam w stanie uczestniczyć w normalnym wysiłku fizycznym z powodu kondycji fizycznej lub stanu zdrowia w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak ☐	Nie ☐
4	Miałam/em problemy z oczami, uszami, przewodami nosowymi lub zatokami przynosowymi.	Tak ☐ Idź do pola C	Nie ☐
5	Miałam/em operację w ciągu ostatnich 12 miesięcy LUB mam ciągle problemy związane z wcześniejszymi operacjami.	Tak ☐	Nie ☐
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 ☐ Idź do pola D	Nie ☐
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 ☐ Idź do pola E	Nie ☐
8	Miałam/em lub mam problemy z plecami, przepuklinę, owrzodzenia albo cukrzycę.	Tak ☐ Idź do pola F	Nie ☐
9	Miałam/em lub mam problemy żołądkowe lub jelitowe, w tym w ostatnim czasie biegunkę.	Tak ☐ Idź do pola G	Nie ☐
10	Przyjmuję leki przepisane przez lekarza na receptę (z wyjątkiem leków antykoncepcyjnych lub przeciwmalarycznych innych niż meflochina (Lariam).	Tak ☐	Nie ☐

Oświadczenie Uczestnika

Jeśli odpowiedziałas/eś 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/eś 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 odmę płucnową (zapadnięte płuco).	Tak ☐ *	Nie ☐
Astmę, świszczący oddech, nasilone alergie, katar sienny lub niedrożne drogi oddechowe, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, które ograniczały moją aktywność fizyczną / aktywność sportową.	Tak ☐ *	Nie ☐
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 ☐ *	Nie ☐
Nawracające zapalenie oskrzeli i kaszel w ciągu ostatnich 12 miesięcy, LUB zdiagnozowaną rozedmę.	Tak ☐ *	Nie ☐
Zdiagnozowaną chorobę COVID-19.	Tak ☐ *	Nie ☐
POLE B – MAM PONAD 45 LAT ORAZ:		
Obecnie palę lub wdycham nikotynę w inny sposób.	Tak ☐ *	Nie ☐
Mam wysoki poziom cholesterolu.	Tak ☐ *	Nie ☐
Mam wysokie ciśnienie krwi.	Tak ☐ *	Nie ☐
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 ☐ *	Nie ☐
POLE C – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Operację zatok w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	Tak ☐ *	Nie ☐
Chorobę lub operację ucha, utratę słuchu lub problemy z równowagą.	Tak ☐ *	Nie ☐
Powtarzające się zapalenie zatok w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak ☐ *	Nie ☐
Operację oka w ciągu ostatnich 3 miesięcy.	Tak ☐ *	Nie ☐
POLE D – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Uraz głowy z utratą przytomności w ciągu ostatnich 5 lat.	Tak ☐ *	Nie ☐
Trwałe uszkodzenie neurologiczne lub chorobę o podłożu neurologicznym.	Tak ☐ *	Nie ☐
Powtarzające się migrenowe bóle głowy w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub przyjmuję leki, aby im zapobiec.	Tak ☐ *	Nie ☐
Utratę przytomności lub omdlenie (całkowita/częściowa utrata świadomości) w ciągu ostatnich 5 lat.	Tak ☐ *	Nie ☐
Padaczkę, napady padaczkowe lub drgawki, LUB przyjmuję leki, aby im zapobiec.	Tak ☐ *	Nie ☐
POLE E – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Problemy behawioralne, psychiczne lub psychologiczne wymagające leczenia medycznego/psychiatrycznego.	Tak ☐ *	Nie ☐
Poważną depresję, myśli samobójcze, ataki paniki, niekontrolowaną chorobę dwubiegunową wymagającą leczenia farmakologicznego/psychiatrycznego.	Tak ☐ *	Nie ☐
Zdiagnozowany stan zdrowia psychicznego lub zaburzenie uczenia się/rozwoju, który wymaga stałej opieki.	SI ☐ *	Nie ☐
Uzależnienie od narkotyków lub alkoholu wymagające leczenia w ciągu ostatnich 5 lat.	Tak ☐ *	Nie ☐
POLE F – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Powtarzające się w ciągu ostatnich 6 miesięcy problemy z plecami, które ograniczają moją codzienną aktywność.	Tak ☐ *	Nie ☐
Operację pleców lub kręgosłupa w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak ☐ *	Nie ☐
Cukrzyca, zarówno kontrolowana przez leki, jak i przez dietę, LUB cukrzyca ciążowa w ciągu ostatnich 12 miesięcy	Tak ☐ *	Nie ☐
Nieskorygowaną przepuklinę, która ogranicza moje możliwości fizyczne.	Tak ☐ *	Nie ☐
Aktywne lub nieleczone owrzodzenia, problematyczne rany lub chirurgiczne leczenie owrzodzeń w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	Tak ☐ *	Nie ☐
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 ☐ *	Nie ☐
Odwodnienie wymagające interwencji medycznej w ciągu ostatnich 7 dni.	Tak ☐ *	Nie ☐
Aktywne lub nieleczone wrzody żołądka lub jelita lub chirurgiczne leczenie wrzodów przewodu pokarmowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	Tak ☐ *	Nie ☐
Częstą zgagę, regurgitację lub refluks żołądkowo-przełykowy (GERD).	Tak ☐ *	Nie ☐
Aktywne lub niekontrolowane wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub chorobę Leśniowskiego-Crohna.	Tak ☐ *	Nie ☐
Operację bariatryczną w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak ☐ *	Nie ☐

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 przeprowadzanej 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

Telefono

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

OGÓLNE SZKOLENIE

(EU Version)

Przeczytaj uważnie i wypełnij wszystkie luki przed podpisaniem dokumentu**Oświadczenie i przyjęcie do wiadomości braku stosunku pracy**

Rozumiem i wyrażam zgodę na to, iż Członkowie PADI ("Członkowie"), włącznie z _____ sklep/resort i/lub poszczególni Instruktorzy/Divemasterzy PADI związani z programem, w którym biorę udział mają licencję na wykorzystywanie różnych znaków handlowych PADI i prowadzenie szkoleń PADI, ale nie są przedstawicielami, pracownikami ani agentami PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc. ani ich korporacji macierzystych, zależnych czy afiliowanych ("PADI"). Rozumiem także, iż działania biznesowe Członków są niezależne i nie są własnością ani nie podlegają kierownictwu PADI, a choć PADI ustanawia standardy dla programów nurkowych PADI, nie odpowiada za ani nie posiada prawa kontroli prowadzonych przez Członków działań biznesowych oraz codziennych działań związanych z prowadzeniem programów PADI oraz nadzorowaniem nurków przez Członków lub ich kadrę.

Oświadczenie dotyczące ryzyka i odpowiedzialności prawnej

Niniejsze oświadczenie informuje cię o ryzyku związanym z nurkowaniem w sprężeniu ABC i z nurkowaniem w sprężeniu powietrznym. To oświadczenie określa także okoliczności, w których bierzesz udział w programie nurkowym na własne ryzyko.

Twój podpis na niniejszym dokumencie jest wymagany jako dowód na to, iż otrzymałeś i przeczytałeś to oświadczenie. Ważne jest, abyś przeczytał niniejsze oświadczenie przed złożeniem podpisu. Jeżeli jakiegokolwiek informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są dla ciebie niezrozumiałe, przedyskutuj te kwestie z instruktorem. Jeśli jesteś osobą niepełnoletnią, oświadczenie musi podpisać także rodzic lub opiekun.

Ostrzeżenie

Nurkowanie w sprężeniu ABC oraz nurkowanie ze sprzętem powietrznym wiąże się z ryzykiem, które może doprowadzić do poważnych obrażeń lub śmierci.

Nurkowanie z użyciem sprężonego powietrza pociąga za sobą pewne ryzyko, może dojść do choroby dekompresyjnej, embolii lub innych urazów ciśnieniowych, które wymagają leczenia w komorze dekompresyjnej. Nurkowania na wodach otwartych wymagane do ukończenia szkolenia i otrzymania certyfikatu mogą być przeprowadzane w miejscu znajdującym się w dużej odległości, zarówno pod względem dystansu, jak i czasu (lub obu tych czynników), od takiej komory dekompresyjnej. Nurkowanie w sprężeniu ABC i nurkowanie ze sprzętem powietrznym to formy aktywności wymagające intensywnego wysiłku, w związku z czym uczestnictwo w takim programie nurkowym wiąże się z wysiłkiem fizycznym. Konieczne jest, abyś zgodnie z prawdą i w pełni poinformował profesjonalistów nurkowych i placówkę organizującą program odnośnie swojego stanu zdrowia.

Akceptacja Ryzyka

Rozumiem i jednocześnie wyrażam zgodę na to, iż ani profesjonalści nurkowi prowadzący niniejszy program, _____ instruktor(rzy), ani placówka, która oferuje niniejszy program, _____ sklep/resort, ani też PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc. ani organizacje stowarzyszone, ich pracownicy, urzędnicy, przedstawiciele czy pełnomocnicy nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za śmierć, jakiegokolwiek obrażenia lub straty poniesione przeze mnie, wynikające z mojego zachowania bądź jakichkolwiek innych kwestii i czynników pozostających pod moją kontrolą, składających się na zaniedbanie z mojej strony.

Jeśli nie doszło do zaniedbania lub naruszenia obowiązku ze strony profesjonalistów nurkowych prowadzących niniejszy program, _____ instruktor(rzy), placówki, która oferuje niniejszy program, _____ sklep/resort, PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc. oraz wszystkich stron określonych powyżej, udział w niniejszym programie odbywa się całkowicie na moje własne ryzyko.

POTWIERDZAM ODBIÓR NINIEJSZEGO OŚWIADCZENIA I PRZYJĘCIA DO WIADOMOŚCI BRAKU STOSUNKU PRACY ORAZ OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCEGO RYZYKA I ODPOWIEDZIALNOŚCI, TYM SAMYM POTWIERDZAJĄC, IŻ PRZECZYTAŁEM WSZYSTKIE WARUNKI PRZED PODPISANIEM NINIEJSZYCH OŚWIADCZEŃ.

Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)_____
Podpis uczestnika_____
Data (Dzień/Miesiąc/Rok)_____
Podpis rodzica/opiekuna (jeśli ma zastosowanie)_____
Data (Dzień/Miesiąc/Rok)



PADI
padi.com

DEKLARACJA O ZWOLNIENIU Z ODPOWIEDZIALNOŚCI PRAWNEJ I ZGODA NA PRZEJĘCIE RYZYKA.

Przeczytaj uważnie poniższy tekst i wypełnij puste miejsca przed jego podpisaniem.

Ja, _____ niniejszym stwierdzam, że jestem w pełni świadomy, że nurkowanie z aparatem powietrznym
Imię i nazwisko uczestnika kursu
oraz nurkowanie na zatrzymanym oddechu noszą za sobą ryzyko poważnych obrażeń i śmierci.

Rozumiem, że nurkowanie przy użyciu aparatu powietrznego ze sprężonym powietrzem niesie ze sobą nieuniknione ryzyko, włączając w to, ale nie ograniczając do: choroby dekompresyjnej, zatoru powietrznego oraz innych chorób związanych z oddychaniem sprężonym gazem, wymagających leczenia w komorze dekompresyjnej. Rozumiem również, że nurkowania, które są niezbędnym elementem szkolenia, mogą się odbywać w miejscach oddalonych, zarówno pod względem odległości jak i czasu potrzebnego do transportu do komory dekompresyjnej. Zgadzam się również na udział w nurkowaniach pomimo braku w sąsiedztwie komory dekompresyjnej.

Rozumiem i zgadzam się, że ani moi instruktorzy _____, ani firma, dzięki której otrzymam
szkolenie, _____, ani International PADI Inc, ani stowarzyszone korporacje czy filie tej firmy, ani żaden z ich
(Nazwa firmy)
pracowników, przedstawicieli, agentów i wykonawców (zwanych dalej Osobami Zwolnionymi z Odpowiedzialności) nie mogą być uznani winnymi lub odpowiedzialnymi za uraz lub śmierć czy inne szkody wobec mnie lub mojej rodziny, majątku, spadkobierców lub przedstawicieli, wynikłe z mojego zapisania się i udziału w programie nurkowym lub jako rezultat zaniedbania czynnego lub biernego związanych z tym osób fizycznych i prawnych.

W przypadku dopuszczenia mnie do udziału w kursie płetwonurkowania (i opcjonalnym nurkowaniu Adventure Dive), zwanym dalej „programem”, podpisując ten dokument, przejmuję na siebie całkowite, związane z moim udziałem w powyższym programie, przewidziane lub nieprzewidziane ryzyko, za jakiegokolwiek obrażenia, urazy albo uszkodzenia oraz zniszczenie mienia, które mogą spotkać mnie podczas udziału w programie zarówno podczas wykładów, zajęć basenowych, zajęć na wodach otwartych, jak i poza nimi.

Dodatkowo zwalniam, zabezpieczam i uznaję za niewinne wymienione powyżej Osoby Zwolnione z Odpowiedzialności, od jakichkolwiek roszczeń ze strony mojej, mojej rodziny, spadkobierców czy przedstawicieli, wynikających z mojego zapisania się i udziału w tym programie włączając w to zarówno żądania powstałe w czasie trwania programu, jak i po certyfikacji.

Rozumiem również, że płetwonurkowanie przy użyciu aparatu powietrznego, jak i bez niego, wymaga dużej aktywności fizycznej i jest związane z dużym wysiłkiem, co może spowodować u mnie przemęczenie podczas udziału w kursie. Gdybym więc doznał obrażeń na skutek ataku serca, paniki, hiperwentylacji, utopienia się i in., formalnie przejmuję na siebie ryzyko opisanych wyżej przypadków i nie uznaję ww. osób za odpowiedzialne za powstały uszczerbek na moim zdrowiu.

Dodatkowo stwierdzam, że jestem pełnoletni, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i mogę podpisać powyższe oświadczenie o zwolnieniu z odpowiedzialności prawnej, albo posiadając ograniczoną zdolność do czynności prawnych uzyskałem pisemną zgodę przedstawiciela ustawowego (rodzica, opiekuna) do podpisania oświadczenia o zwolnieniu z odpowiedzialności prawnej. Rozumiem, że stwierdzenia w niniejszym dokumencie są wynikiem porozumienia stron i podpisuję ten dokument dobrowolnie, wiedząc, że rzekam się w ten sposób swoich praw. Ponadto zgadzam się, że jeśli jakiegokolwiek klauzula tej umowy okaże się niewykonalna lub nieważna, to klauzula ta powinna zostać usunięta z niniejszej umowy. Pozostała część umowy będzie wówczas zinterpretowana, jak w przypadku gdyby usunięty fragment nie został nigdy w niej zawarty.

Rozumiem i zgadzam się, że nie tylko rzekam się swoich praw do pozwania Osób Zwolnionych od Odpowiedzialności, ale również praw moich spadkobierców przedstawicieli i beneficjentów, którzy chcieliby procesować się na wypadek mojej śmierci. Oświadczam, że mogę to zrobić i moi spadkobiercy, przedstawiciele i beneficjenci nie będą domagać się innych praw.

JA, _____ POPRZEZ TEN DOKUMENT ZGADZAM SIĘ NA ZWOL-
Imię i nazwisko uczestnika kursu
NIENIE OD ODPOWIEDZIALNOŚCI MOICH INSTRUKTORÓW _____. ORAZ FIRMĘ
PRZEZ KTÓRĄ OTRZYMAŁEM SZKOLENIE _____. ORAZ INTERNATIONAL PADI, INC.,
nazwa firmy

I WSZYSTKIE WYMIENIONE POWYŻEJ POWIĄZANE JEDNOSTKI OD JAKIEJKOLWIEK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA JAKIKOLWIEK USZCZERBEK NA ZDROWIU, STRATY MATERIALNE ALBO CZYMKOLWIEK SPOWODOWANĄ ŚMIERĆ, WŁĄCZAJĄC W TO, ALE NIE OGRANICZAJĄC TYLKO DO OBRĄŻEŃ I STRAT WYNIKŁYCH Z ZANIEDBANIA CZYNNEGO LUB BIERNEGO OSÓB ZWOLNIONYCH Z ODPOWIEDZIALNOŚCI.

JA I MOI SPADKOBIERCY JESTEŚMY W PEŁNI ŚWIADOMI ZNACZENIA TREŚCI POWYŻSZEGO DOKUMENTU O ZWOLNIENIU Z ODPOWIEDZIALNOŚCI PRAWNEJ I FORMALNYM PRZEJĘCIU RYZYKA, CO POTWIERDZAM PRZEZ JEGO PRZECZYTANIE I PODPISANIE W IMIENIU MOIM I MOICH SPADKOBIERCÓW.

Podpis uczestnika kursu

Data

Podpisy rodziców lub opiekunów (w stosownych przypadkach)

Data