



FORMULARZ MEDYCZNY KP LOK CMAS



A. DANE OSOBOWE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Imię	Nazwisko	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data urodzenia	Nr dowodu tożsamości	Miasto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres - ulica	Nr	Kod pocztowy

B. INFORMACJE

Celem poniższego kwestionariusza jest ustalenie, czy powinieneś, dla własnego bezpieczeństwa, przejść odpowiednie badania medyczne przed rozpoczęciem nurkowania. W wyznaczonych miejscach wpisz TAK lub NIE. W razie wątpliwości wpisz TAK. Jeżeli na któryś z poniższych punktów odpowiedziałeś TAK, nie możesz nurkować i musisz wykonać specjalistyczne badania lekarskie przed rozpoczęciem nurkowania.

Niezależnie od poniższego oświadczenia KP LOK CMAS zaleca wykonanie badań lekarskich. Badania najlepiej wykonać u lekarza – specjalisty, posiadającego jedną ze specjalizacji: *medycyna morska i tropikalna, medycyna transportu, wojskowa medycyna morska, medycyna lotnicza*. Można także badać się u lekarzy innych specjalności, którzy ukończyli kursy medycyny nurkowej lub hiperbarycznej oraz u lekarzy sportowych. Jeśli nie wiesz, gdzie szukać kompetentnego lekarza, zapytaj swojego instruktora.

C. OŚWIADCZENIE

Czy chorowałeś lub chorujesz na:

<input type="checkbox"/>	padaczkę	<input type="checkbox"/>	zaburzenia krzepnięcia krwi
<input type="checkbox"/>	utruty przytomności z innej przyczyny	<input type="checkbox"/>	cukrzycę
<input type="checkbox"/>	klaustrofobię	<input type="checkbox"/>	odmę opłucnową
<input type="checkbox"/>	agorafobię	<input type="checkbox"/>	gruźlicę płuc
<input type="checkbox"/>	choroby psychiczne	<input type="checkbox"/>	astmę
<input type="checkbox"/>	nadciśnienie	<input type="checkbox"/>	zapalenie zatok
<input type="checkbox"/>	zaburzenia rytmu serca		

Czy przebyłeś kiedykolwiek:

<input type="checkbox"/>	operację chirurgiczną ucha	<input type="checkbox"/>	urazy klatki piersiowej z przebiciem jej ściany
<input type="checkbox"/>	operację chirurgiczną czaszki	<input type="checkbox"/>	złamania kości czaszki
<input type="checkbox"/>	operację chirurgiczną klatki piersiowej		

Czy przyjmujesz stale leki ?

Czy jesteś uzależniony od alkoholu lub/i narkotyków ?

Czy w ostatnich 3 miesiącach przebyłeś:

<input type="checkbox"/>	zapalenie ucha
<input type="checkbox"/>	złamania kości

Czy w ostatnich 4 tygodniach:

<input type="checkbox"/>	byłeś przeziębiony
<input type="checkbox"/>	chorowałeś na zapalenie oskrzeli, płuc
<input type="checkbox"/>	miałeś zaostrzenie choroby wrzodowej

Czy jesteś w ciąży ?

Oświadczam iż jestem w chwili obecnej zdrowy i nie pozostaję w trakcie leczenia żadnej choroby.

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z moja najlepsza wiedzą.

W przypadku osób niepełnoletnich podpis rodziców lub opiekunów prawnych wraz z numerem dowodu tożsamości.

Data <input type="text"/>	Podpis <input type="text"/>	Podpis opiekuna prawnego <input type="text"/>
		Nr dowodu tożsamości <input type="text"/>