



Imię i nazwisko Uczestnika Anna Kowalska

Data urodzenia

22/01/1984

(drukowanymi literami)

Data (dd/mm/yyyy)



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. Informacje i stwierdzenia 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 wstępu do kursu nurkowania rekreacyjnego lub na wstrzymanym oddechu.

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

1	Miałem/am problemy z płucami, oddychaniem, sercem i/lub krwią, które wpływają na mój normalny stan fizyczny lub psychiczny	☐ 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 byłem 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 leczony/a (lub wymagałam/am leczenia w ciągu ostatnich pięciu lat) z powodu problemów psychologicznych, zaburzeń osobowości, ataków paniki, uzależnienia od narkotyków lub alkoholu lub zostałam/am zdiagnozowany/a jako osoba z zaburzeniami uczenia się lub rozwoju.	☐ 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

Podpis uczestnika

Jeśli odpowiedziałeś NIE na wszystkie 10 powyższych pytań, ocena lekarska nie jest wymagana. Prosimy o zapoznanie się i wyrażenie zgody na poniższe oświadczenie uczestnika poprzez złożenie podpisu i wpisanie daty wypełniania formularza.

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.

24/09/2026

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

Data (dd/mm/yyyy)

Anna Kowalska

22/01/1984

Imię i nazwisko Uczestnika (drukowanymi literami)

Data urodzenia (dd/mm/yyyy)

ALEKSANDRA HŁOABŻOŁ

Moana Diving Team

Imię i nazwisko Instruktora (drukowanymi literami)

Nazwa Centrum Nurkowego (drukowanymi literami)

* Jeśli odpowiedziałeś 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 wpisując datę 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.

Data wersji: 2022-02-01 1 z 3 © 2020

Medycyna nurkowa | Kwestionariusz Uczestnika – kontynuacja

POLE A – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:

Operację klatki piersiowej, operację serca, operację zastawek serca, założenie stentu, implantację urządzenia medycznego (np. stymulatora serca lub układu nerwowego) lub odmię opluczną (zapadnięcie płucu).	☐ 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
Symptomy wskazujące na problemy z płucami, oddychaniem, sercem i/lub krwią w ciągu ostatnich 30 dni, które wpływają na mój stan fizyczny lub psychiczny	☐ 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
Zdiagnozowane zaburzenie psychiczne lub zaburzenie uczenia się/rozwoju, które wymaga stałej opieki lub specjalnych form pomocy.	☐ Tak *	☐ 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 ciężowa w ciągu ostatnich 12 miesięcy	☐ Tak *	☐ Nie
Nieskorygowaną przepuklinę, która ogranicza moje możliwości fizyczne.	☐ Tak *	☐ Nie
Aktywne lub nielezione 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.	☐ Tak *	☐ Nie
Odwodnienie wymagające interwencji medycznej w ciągu ostatnich 7 dni.	☐ Tak *	☐ Nie
Aktywne lub nielezione 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

*Wymagana ocena lekarza specjalisty (patrz strona 1). 2 z 3 © 2020



Imię i nazwisko Uczestnika Anna Kowalska

(drukowanymi literami)

Data urodzenia

22/01/1984

Data (dd/mm/yyyy)

Medycyna nurkowa | Formularz oceny medycznej

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 żadnych przesłanek, które byłyby przeciwskazaniem do nurkowania rekreacyjnego lub freedivingu.

☐ Brak zgody – stwierdzam istnienie przesłanek, które są przeciwskazaniem do nurkowania rekreacyjnego lub freedivingu.

Podpis uprawnionego lekarza

Data (dd/mm/yyyy)

Imię i nazwisko lekarza

(drukowanymi literami)

Specjalizacja

Przychodnia/szpital

Adres

Telefon

Email

Pieczęć Lekarza/Przychodni/Szpitala (opcjonalnie)



Opracowanie: Diver Medical Screen Committee we współpracy z:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (USA)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego