

Dalış Eğitimine veya Organizasyonuna Katılacak Kişi İçin Tıbbi Geçmiş Beyanı

Dalış yapmadan önce tıbbi geçmişinizi de içeren bu belgeyi şahsi durumunuza göre "EVET, HAYIR" kutucuklarını işaretleyerek doldurmuş olmalısınız.

Hastalık	EVET	HAYIR
Hamilemişiniz yada hamile kalmayı düşünüyor musunuz?		
Düzenli aldığınız reçeteli veya reçetesiz ilaç var mı?		
Ailede, yüksek tansiyon, kolesterol, beyin kanaması rahatsızlıklarını geçiren veya yaşayan var mı?		

Daha önce veya şimdi yaşanan tedavi, operasyon ve problemler

Astım veya hırıltılı nefes alma		
Sık veya şiddetli yüksek ateş		
Sık grip, sinüzit veya bronşit		
Herhangi bir ciğer hastalığı		
Pneumothorax (ciğer çökmesi)		
Göğüs ameliyatı		
Kapalı veya açık yerlerde bulunamama		
Ruhsal davranış problemleri		
Sara, kasılmalar veya bunları önlemek için ilaç kullanımı		
Migren ağrıları veya bunları önlemek için ilaç kullanımı		
Bayılmalar		
Sık sık deniz, araba, uçak vb. tutması		
Dalış kazaları veya dekomprasyon hastalığı		
Tekrarlayan sırt problemleri		
Sırt ameliyatı		
Şeker hastalığı		
Yaralanma, kırık veya ameliyat sonrası sırt, bacak veya kol problemleri		
Hareket etme zorluğu (1 km'yi 10 dk da yürüyememe)		
Yüksek tansiyonu kontrol için ilaç kullanımı		
Kalp problemleri		
Kalp krizi		
Kalp veya damar ameliyatı		
Kulak ve Sinüs ameliyatı		
Kulak hastalığı, işitme ve denge bozukluğu		
Uçakta veya dağlık bir arazide seyahat ederken kulak eşitleme problemi		
Şiddetli kanama veya kan bozukluğu		
Ülser veya ülser ameliyatı		
Kuyruk sokumu iltihaplanması		
Alkol alışkanlığı		
Uyuşturucu alışkanlığı		

TSSF/CMAS DALICI KURSLARINA KATILACAK KADAR YETERLİ YÜZME BİLDİĞİMİ BEYAN EDERİM.

TSSF/CMAS DALICI KURSLARINA KATILMAMA ENGEL BİR SAĞLIK PROBLEMİM YOKTUR.

KURŞİYER/BALIKADAM

(18 YAŞINDAN KÜÇÜKLER İÇİN)VASİNİN

ADI SOYADI :

ADI SOYADI :

TARİH :

TARİH :

İMZA :

İMZA :