**PROHLÁŠENÍ**

Váš podpis na tomto prohlášení je vyžadován pro vaší účast v kurzu Mermaiding nabízeném spol. Divers Direct Plzeň, (Life Dive s.r.o., IČ:07303475)

Jméno účastníka:

Datum narození:

Zákonný zástupce jméno a příjmení:

Účelem tohoto zdravotního dotazníku je zjistit, jestli by jste měl(a) být před účastí v kurzu vyšetřen vaším lékařem. Kladná odpověď na otázku vás nutně nečiní nezpůsobilým. Kladná odpověď znamená, že zde předem existuje okolnost, která může ovlivnit vaší bezpečnost při kurzu.

Jestliže jste nezletilý(á), musí toto Prohlášení podepsat váš zákonný zástupce.

Prosíme, odpovězte na následující otázky o vaší zdravotní minulosti i současném zdravotním stavu ANO nebo NE. Jestliže si nejste jistý(á), odpovězte ANO. Jestliže se Vás některá z těchto otázek týká (odpověděli jste ANO na jednu z otázek), musíme vás před účastí na kurzu požádat o konzultaci s vaším lékařem.

**ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK:**

**Měl(a) jste někdy nebo v současné době máte...**

\_\_\_\_\_ Astma, záchvat při dýchání nebo dýchavičnost při tělesném pohybu?

\_\_\_\_\_ Častý nebo těžký záchvat senné rýmy nebo alergie?

\_\_\_\_ Časté rýmy, záněty dutin nebo bronchitidy?

\_\_\_\_ Jakákoliv forma onemocnění plic?

\_\_\_\_ Pneumotorax (selhání plic)?

\_\_\_\_ Jiné nemoci hrudníku nebo operace?

\_\_\_\_\_Problémy s chováním, mentální nebo psychologické problémy (záchvaty paniky, strach z uzavřených nebo otevřených prostor)?

\_\_\_\_\_ Epilepsie, záchvaty, křeče nebo užíváte léky k jejich zabránění?

\_\_\_\_\_ Opakující se migrény, bolesti hlavy nebo užíváte léky k jejich zabránění?

\_\_\_\_\_ Ztráty vědomí nebo omdlévání (úplné nebo částečné ztráty vědomí)?

\_\_\_\_\_ Trpíte často nebo silně nemocemi z pohybu (mořská nemoc, nevolnost z jízdy autem)?

\_\_\_\_\_ Úplavice nebo dehydratace vyžadující lékařskou péči?

\_\_\_\_\_ Nehody při potápění nebo dekompresní nemoc?

\_\_\_\_\_ Opakující se problémy se zády v minulosti?

\_\_\_\_\_ Neschopnost vykonávat mírnou fyzickou zátěž /např. ujít 1,6 km během 12 min/?

\_\_\_\_\_ Zranění hlavy provázené ztrátou vědomí v posledních pěti letech?

\_\_\_\_\_ Opakující se problémy zad

\_\_\_\_\_ Operace zad nebo páteře?

\_\_\_\_\_ Cukrovka?

\_\_\_\_\_ Problémy se zády, horními nebo dolními končetinami po operaci, zranění nebo zlomenině?

\_\_\_\_\_ Vysoký tlak v minulosti nebo užíváte léky k jeho usměrnění?

\_\_\_\_\_ Srdeční onemocnění?

\_\_\_\_\_ Srdeční záchvat?

\_\_\_\_\_ Angína, operace srdce nebo operace žil?

\_\_\_\_\_ Operace uší nebo dutin?

\_\_\_\_\_ Operace uší, ztráta sluchu nebo problémy s rovnováhou?

\_\_\_\_\_ Opakující se problémy uší?

\_\_\_\_\_ Krvácení nebo poruchy srážlivosti krve?

\_\_\_\_\_ Kýla?

\_\_\_\_\_ Vředy nebo operace vředů?

\_\_\_\_\_ Operace střev nebo umělý vývod tlustého střeva?

\_\_\_\_ Užíváte drogy nebo nadměrně požíváte alkohol?

\_\_\_\_\_ Můžete být těhotná nebo se o otěhotnění pokoušíte?

\_\_\_\_\_ Užíváte pravidelně léky na předpis?

Informace, které jsem poskytl(a) o mém zdravotním stavu jsou přesné podle mého nejlepšího vědomí. Souhlasím, že přejímám zodpovědnost za opomenutí informace, která se týká mého poškození, přiznáním současného zdravotního stavu nebo zdravotní komplikace v minulosti.

Jako zákonný zástupce souhlasím s účastí výše uvedeného účastníka na kurzu Mermaiding a jsem obeznámen s obsahem tohoto kurzu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis Podpis zákonného zástupce Datum