

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 uprawnionego lekarza

Data (dd/mm/yyyy)

Imię i nazwisko lekarza

Specjalizacja

(drukowanymi literami)

Przychodnia/szpital

Adres

Telefon

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