



DYKFORMULÄR

Fyll i formuläret, är ni osäker på någon av frågorna fråga Er instruktör.

A. Kryssmarkera alla nuvarande och/eller tidigare problem.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lung- eller luftvägssjukdomar | <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Brukat droger |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Öronsjukdom | <input type="checkbox"/> Rökning |
| <input type="checkbox"/> Epilepsi | <input type="checkbox"/> Svimning | <input type="checkbox"/> Njur- eller gallsten |
| <input type="checkbox"/> Hjärtfel | <input type="checkbox"/> Klaustrofobi, cellskräck | <input type="checkbox"/> Tuberkulos eller lunginflammation |
| <input type="checkbox"/> Kraftig eller återkommande huvudvärk | <input type="checkbox"/> Nervösa eller psykiska besvär | <input type="checkbox"/> Bråck |
| <input type="checkbox"/> Näs eller Bihåleproblem | <input type="checkbox"/> Magsår | <input type="checkbox"/> Hjärnskakning |
| <input type="checkbox"/> Nyligen opererad eller genomgått sjukdom | <input type="checkbox"/> Alkoholism | <input type="checkbox"/> Är du gravid |

B. Om du kryssat i något av ovanstående ge en kortfattad förklaring/beskrivning:.....
.....
.....

C.
Angiv alla allvarigare skador/sjukdomar/långvarig sjukhusvård:

Angiv alla typer av medicin du använder nu (ej p-piller):.....

Har du någon gång av medicinska skäl avstått från dykning, och i så fall varför?

Jag anser mig fullt frisk och intygar att ovanstående uppgifter angivits fullständigt och sanningsenligt.

.....
Underskrift Ort Datum Personnummer

Målsmans underskrift för deltagare under 18 år.

Namn:.....

Adress:

Postadress:.....

Tel dag:.....

E-mail:.....

Certifiering:Senaste dyk:.....