

Hälsodeklaration inför tävling i fridykning

I samband med vattensport utsätts kroppen ibland för hård belastning och extrema förhållande. För att tävla i fridykning ska man vara frisk på samma sätt som när man sportdyker, då det kan vara farligt om man har vissa sjukdomar eller äter vissa mediciner. Om du är tveksam eller undrar över frågorna nedan bör du kontakta en läkare på din vårdcentral eller helst en dykläkare för att få en bedömning om just du kan tävla i fridykning. Läkare för undersökning finner du på hemsidan, www.ssdf.se. SSDF:s förbundsläkare kan även svara på frågor.

Du ska känna till att det är möjligt att pressa sig så hårt att du svimmar under vattnet. Det är ovanligt men kan förekomma. Säkerhetssystemet är anpassat till att klara av dessa situationer, och du ska veta att avancerade fridykningsövningar på egen hand utan denna säkerhetsorganisation är farligt. För att utöva sporten på ett säkert sätt skall man alltid vara minst tre stycken som dyker tillsammans. Tävlingsfridykning bör enbart utövas under organiserade former tillsammans med en utbildad instruktör, säkerhetsdykare eller ledare.

Friskhetsdeklaration

Tar du någon receptbelagd medicin?	Ja / Nej
Har du haft någon hjärt- eller lungsjukdom?	Ja / Nej
Har du kvar någon skada efter sjukdom eller olycka?	Ja / Nej
Har du haft öroninflammation, hörselgångseksem senaste åren?	Ja / Nej
Har du eller har du haft ”plaströr” i någon av trumhinnorna?	Ja / Nej
Har du eller har haft någon form av astma	Ja / Nej
Har du någon form av diabetes	Ja / Nej
Anser du dig frisk	Ja / Nej

Om du inte blir godkänd och får läkares underskrift på denna hälsodeklaration ska du genomgå en komplett dykläkarundersökning (se dokument på SSDFs hemsida eller fråga din instruktör ”Hälsoundersökning inför apparatdykning/Scuba diving”).

Notera även att du inte ska träna hårt eller tävla om du har en förkylning, annan infektion eller sjukdom i kroppen.

Jag har läst och förstått texten på denna sida

(Ifylld lapp lämnas till läkare)

_____	_____	_____	_____
Datum	Ort	Telefon	Ålder
_____	_____		
Underskrift	Namnförtydligande		
_____	_____		
Underskrift läkare	Namnförtydligande		