

Segítség a Búvárkodásra alkalmasság orvosi igazolásának a megszerzéséről

1. Résztvevői kérdőív kitöltése (3. oldal)

A kérdőíven felsorolunk néhány egészségi állapotot, amelyek megléte esetén ezekre figyelemmel kell lenned, ha búvárkodni szeretnél. Azokat, akiknél ezen állapotok bármelyike fennáll vagy hajlamosak ezekre, búvárorvosnak kell értékelnie.

Ez a Résztvevői kérdőív szükséges annak meghatározásához, hogy kell-e kérned ezt a szakvéleményt.

Amennyiben bármilyen aggályod van a búvárkodással kapcsolatos olyan fizikai- vagy egészségi erőnlétteddel kapcsolatban, amely nem szerepel ebben a felsorolásban, merülés előtt konzultálj orvosoddal. Ha betegnek érzed magad, akkor kerüld a búvárkodást. Ha úgy gondolod, hogy fertőző betegséged lehet, akkor véd magadat és másokat azzal, hogy nem veszel részt merülési tréningeken és/vagy merülési tevékenységekben. A „búvárkodásra” való hivatkozás ebben a nyomtatványban magában foglalja a rekreációs búvárkodást és a szabadtüdős merülést is.

2. Orvosi vizsgálatok

Ha 'NEM' volt a válasz a *Résztvevői kérdőív* mind a tíz kérdésére, akkor búvár orvosi szakvizsgálat ugyan NEM KÖTELEZŐ viszont sportorvosi vagy háziorvosi vizsgálatra mindenképpen el kell menned és igazolást kell kapnod arról, hogy Búvárkodás sportágban sportolhatsz (Sportorvos elérhetősége a következő oldalon).

Természetesen te dönthetsz úgy is, hogy szeretnél a teljes Búvár orvosi kivizsgáláson részt venni, ebben az esetben olvasd tovább az „Igen” válaszra vonatkozó részt!

Ha a *Résztvevői kérdőív* valamely kérdésre "IGEN" volt a válasz akkor kérjük, hogy olvasd végig és dátumozott aláírással fogadd el a *Résztvevői nyilatkozatot*, és a nyomtatvány mindhárom oldalát (Résztvevői Kérdőív és Orvos Értékelő Lapja), valamint töltsd ki a fájlban mellékelt *1.mellékletet* is (6. oldaltól).

A nyomtatványokat kitöltve, aláírva előre küldd el emailben a búvárorvosnak és egyeztess vizsgálati időpontot. Amikor pedig a megbeszélte időpontra vizsgálatra érkezel akkor mindkét nyomtatványt kitöltve, aláírva vidd magaddal a búvárorvoshoz orvosi értékelés céljából.

Búvártanfolyam való részvételhez tehát a Résztvevői kérdőív kitöltésétől függően Sportorvosi/Háziorvosi igazolással vagy Búvár orvosi igazolással kell rendelkezned.

A tanfolyamra a Résztvevői kérdőívet és az orvosi igazolást is hozd magaddal!

Orvosok elérhetősége SOPRONBAN

BÚVÁRORVOS elérhetősége (Sopron):

dr. Németh Ágnes

Mobil: +36 20 217-92-62

E-mail: medneagi@gmail.com

Rendelő címe: Sopron, Győri u.10/B

A vizsgálat előzetes időpont egyeztetést követően történik.

SPORTORVOS elérhetősége (Sopron):

dr. Benedek Zoltán

Hétfő, Szerda: 15.30 – 18.00

Előzetes bejelentkezés szükséges a +36204560835 telefonszámon!

Rendelő címe: Sopron, Lenkey u. 1-3.

III. em. 31. sz. rendelő

Búvárorvosok elérhetősége AUSZTRIÁBAN

Pronai Wolfgang - Dr.med., FA für Innere Medizin (Nephrologie)

ÖGTH/EDTC-Qualifikation Tauchtauglichkeits-Untersuchungen (Medical Examiner of Divers)

Untersuchungen für Sporttaucher

7000 Eisenstadt, Axerweg 42

Tel.: 02682/647 30, Fax 02682 647 305

E-Mail: wolfgang.pronai@inode.at

Bécsben

Dr Földi Viktor

<https://www.foldive.com/>

Búvárorvos | Résztevői kérdőív

A rekreációs búvárkodás és a szabadtüdőbűvárkodás jó fizikai és mentális egészséget igényel. Az alábbiakban felsorolunk néhány egészségi állapotot, amelyek veszélyesek lehetnek búvárkodás közben. Azokat, akiknél ezen állapotok bármelyike fennáll vagy hajlamosak ezekre, orvosnak kell értékelnie. Ez a Búvárorvosi | Résztevői kérdőív szükséges annak meghatározásához, hogy kell-e kérned ezt a szakvéleményt. Amennyiben bármilyen aggályod van a búvárkodással kapcsolatos olyan fizikai- vagy egészségi erőnlétteddel kapcsolatban, amely nem szerepel ebben a felsorolásban, merülés előtt konzultálj orvosoddal. Ha betegnek érzed magad, akkor kerüld a búvárkodást. Ha úgy gondolod, hogy fertőző betegséged lehet, akkor vedd magadat és másokat azzal, hogy nem veszel részt merülési tréningeken és/vagy merülési tevékenységekben. A „búvárkodásra” való hivatkozás ebben a nyomtatványban magában foglalja a rekreációs búvárkodást és a szabadtüdőbűvárkodást is. Ezt a nyomtatványt elsősorban az új búvárok első orvosi szűrőjeként tervezték, de a továbbképzésen résztvevő búvárok számára is megfelelő. A saját- és az esetleg veled merülőök biztonsága érdekében a kérdőív minden kérdésére őszintén válaszolj.

Útmutatók

Rekreációs búvárkodás vagy szabadtüdőbűvárkodás tanfolyam előfeltételeként töltsd ki ezt a kérdőívet.

Megjegyzés nők számára: Ha terhes vagy, esetleg most tervezel teherbe esni: ne merülj!

| | | | |
|----|--|---|------------------------------|
| 1 | Problémáim voltak a tüdőmmel/légzésemmel, szívemmel, véremmel; és/vagy COVID-19-cel diagnosztizáltak. | Igen <input type="checkbox"/> <small>lépj tovább az „A” kérdéscsoporthoz</small> | Nem <input type="checkbox"/> |
| 2 | 45 évesnél idősebb vagyok. | Igen <input type="checkbox"/> <small>lépj tovább az „B” kérdéscsoporthoz</small> | Nem <input type="checkbox"/> |
| 3 | Nehezen teljesíted mérsékelt fizikai megterhelést is (például 1,6 kilométer [1 mérföld] sétát 14 perc alatt, vagy 200 méter [200 yard] úszást pihenő nélkül), VAGY erőnléti vagy egészségügyi okok miatt képtelen voltam az elmúlt 12 hónapban részt venni normális testmozgásban. | Igen <input type="checkbox"/> | Nem <input type="checkbox"/> |
| 4 | Problémáim voltak a szemeimmel, füleimmel vagy orrjárataimmal/ orrmelléküregeimmel. | Igen <input type="checkbox"/> <small>lépj tovább az „C” kérdéscsoporthoz</small> | Nem <input type="checkbox"/> |
| 5 | Az elmúlt 12 hónapban műtétet volt, VAGY folyamatos problémám van múltbeli műtéttel kapcsolatban. | Igen <input type="checkbox"/> | Nem <input type="checkbox"/> |
| 6 | Eszméletvesztésem-, migrénes fejfájásaim/rohamaim-, sztrókom volt; jelentős fejsérülést szenvedtem, vagy tartós neurológiai sérüléstől / betegségtől szenvedtem. | Igen <input type="checkbox"/> <small>lépj tovább az „D” kérdéscsoporthoz</small> | Nem <input type="checkbox"/> |
| 7 | Jelenleg kezelés alatt állok (vagy az elmúlt öt évben kezelésre volt szükségem) pszichológiai problémák, személyiségzavar, pánikrohamok, drog- vagy alkoholfüggőség miatt; vagy diagnosztizáltak nálam tanulási nehézségeket diagnosztizáltak nálam. | Igen <input type="checkbox"/> <small>lépj tovább az „E” kérdéscsoporthoz</small> | Nem <input type="checkbox"/> |
| 8 | Hátproblémáim, sérvem, fekélyem volt; vagy cukorbetegségem van. | Igen <input type="checkbox"/> <small>lépj tovább az „F” kérdéscsoporthoz</small> | Nem <input type="checkbox"/> |
| 9 | Gyomor- vagy bélproblémáim voltak, beleértve közelmúltbeli hasmenést is. | Igen <input type="checkbox"/> <small>lépj tovább az „G” kérdéscsoporthoz</small> | Nem <input type="checkbox"/> |
| 10 | Vényköteles gyógyszereket szedsz (a fogamzásgátló vagy maláriaellenes gyógyszerek kivételével, amennyiben az utóbbi nem a mefloquine (Lariam). | Igen <input type="checkbox"/> | Nem <input type="checkbox"/> |

A résztvevő aláírása

Ha 'NEM' volt a válasz a fenti 10 kérdésre, akkor orvosi vizsgálat nem szükséges. Kérjük, hogy olvasd végig és dátumozott aláírásoddal fogadd el az alábbi résztvevői nyilatkozatot.

Résztevői nyilatkozat: Minden kérdésre őszintén válaszoltam, és elfogadom, hogy engem terhel a felelősség az esetlegesen pontatlanul megválaszolt kérdésekből vagy a meglévő vagy korábbi egészségügyi körülmények közlésének elmulasztásából eredő valamennyi következményért.

A résztvevő aláírása (vagy kiskorú résztvevő esetén a szülő/gyám aláírása szükséges).

Dátum: (éééé/hh/nn)

Résztevő neve (nyomatott betűkkel)

Születési idő (éééé/hh/nn)

Oktató neve (nyomatott betűkkel)

Létesítmény neve: (nyomatott betűkkel)

* **Ha válaszod IGEN** volt a fenti 3., 5. vagy 10. kérdésre **VAGY** a 2. oldalon található bármelyik kérdésre, kérjük, hogy olvasd végig és dátumozott aláírásoddal fogadd el a fenti résztvevői nyilatkozatot, **ÉS ennek a nyomtatványnak mindhárom oldalát (Résztevői Kérdőív és Orvos Értékelő Lapja) vidd magaddal orvosodhoz** orvosi értékelés céljából. A búvárkurzuson való részvételhez az orvos jóváhagyása szükséges.

Búvárorvos | Résztevői kérdőív folytatása

| „A” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT: | | |
|---|---------------------------------|------------------------------|
| Mellkasi műtetem, szívűtetem, szívbillentyű műtetem, stent behelyezésem vagy légmellem (atelektázia). | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Fizikai aktivitásomat, testmozgásomat korlátozó asztmám, nehéz lélegzésem, súlyos allergiám, szénanáthám vagy elzáródott légutam az elmúlt 12 hónapban. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| A szívemet érintő problémám vagy betegségem, például: angina, mellkasi fájdalom terheléskor, szívelégtelenség, merülés okozta tüdő ödéma, szívroham vagy sztrók; VAGY gyógyszert szedek bármilyen szívbetegségre. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Az elmúlt 12 hónapban visszatérő hörghurutom volt és jelenleg is köhögök, VAGY emfizémát diagnosztizáltak nálam. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| COVID-19-t diagnosztizáltak nálam. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| „B” KÉRDÉSCSOPORT – 45 ÉVESNÉL IDŐSEBB VAGYOK ÉS: | | |
| Jelenleg dohányzom, vagy más módon nikotint lélegezem be. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Magas a koleszterinszintem. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Magas a vérnyomásom. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Volt olyan közeli vérrokonom, aki 50 éves kora előtt hirtelen szívbetegségben vagy sztrókban halt meg, VAGY családomban 50 éves életkor előtt előfordult szívbetegség (beleértve rendellenes szívritmusokat, koszorúér-betegséget vagy kardiomiopátiát is). | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| „C” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT: | | |
| Melléküregi műtetem az elmúlt 6 hónapban. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Fülbetegségem vagy fülűtetem, halláscsökkenésem vagy egyensúly problémáim. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Visszatérő melléküregi gyulladásaim az elmúlt 12 hónapban. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Szeműtetem az elmúlt 3 hónapban. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| „D” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT: | | |
| Eszméletvesztésem fejsérülésem az elmúlt 5 évben. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Tartós idegrendszeri sérülésem vagy betegségem. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Isméltető migrén fejfájásaim az elmúlt 12 hónapban, vagy azok megelőzésére gyógyszereket szedtem/szedek. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Rövid ájulásom vagy eszméletvesztésem (teljes/részleges eszméletvesztés) az elmúlt 5 évben. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Epileptiás rohamaim, görcseim, VAGY gyógyszereket szednek azok megelőzésére. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| „E” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT: | | |
| Viselkedési-, mentális- vagy pszichológiai problémáim, amelyek orvosi/pszichiátriai kezelést igényelnek. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Súlyos depresszióm, öngyilkossági gondolataim, pánikrohamaim, ellenőrizetlen bipoláris rendellenességem, amely gyógyszert/ pszichiátriai kezelést igényel. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Diagnosztizált mentális egészségi állapotváltozásom vagy folyamatos gondozást igénylő tanulási/fejlesztési rendellenességem. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Kezelést igénylő kábítószer- vagy alkoholfüggőségem az elmúlt 5 évben. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| „F” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT: | | |
| Olyan visszatérő hátproblémáim az elmúlt 6 hónapban, amelyek korlátozzák a mindennapi tevékenységeimet. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Hát- vagy gerincűtetem az elmúlt 12 hónapban. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Cukorbetegségem, akár gyógyszer-, akár étrend-kontrollált, VAGY az elmúlt 12 hónapban terhességi cukorbetegségem. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Nem kezelt sérvem, amely korlátozza a fizikai képességeimet. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Aktív vagy kezeletlen fekélyeim, problémás sebeim vagy fekélyűteteim az elmúlt 6 hónapban. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| „G” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT: | | |
| Sztóma-operációm, és nincs orvosi engedélyem úszásra vagy fizikai tevékenységet folytatására. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Olyan dehidrációm az elmúlt 7 napban, amely orvosi beavatkozást igényelt. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Aktív vagy kezeletlen gyomor- vagy bélfekélyem, vagy fekélyűtetem az elmúlt 6 hónapban. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Gyakori gyomorfégésem, regurgitációm vagy gyomorral-, nyelőcsővel összefüggő reflux betegségem (GERD). | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Aktív vagy ellenőrizetlen fekélyes vastagbélgyulladásom vagy Crohn-betegségem. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Bariatéria műtetem (bypass, gyomorballon, gyomorgyűrű, gyomorsűkítés, stb.) az elmúlt 12 hónapban. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |

Búvárorvos | Orvos értékelőlapja

A résztvevő neve:

Születési ideje:

(nyomtatott betűkkel)

dátum (éééé/hh/nn)

A fent említett személy az ön véleményét kéri arról, hogy alkalmas-e egészségileg rekreációs búvárokodásban vagy a szabadtüdősnézetben való részvételhez.

Kérjük, hogy a búvárokodással összefüggő egészségügyi állapotokkal kapcsolatos útmutatásokért keresse fel az uhms.org honlapot. Az értékelés részeként tekintse át a páciensével kapcsolatos bekezdéseket.

Értékelési eredmény

- Jóváhagyom – nem találok olyan körülményeket, amelyeket összeegyeztethetetlennek tartok a rekreációs búvárokodással vagy a szabadtüdősnézetben való részvételhez.
- Nem hagyom jóvá – olyan körülményeket találok, amelyeket összeegyeztethetetlennek tartok a rekreációs búvárokodással vagy a szabadtüdősnézetben való részvételhez.

Orvos aláírása

dátuma (éééé/hh/nn)

Orvos neve:

Szakterülete:

(nyomtatott betűkkel)

Klinika/kór ház:

Cím:

Telefon:

e-mail

Orvos/klinika bélyegzője (opcionális)

Létrehozva a [Diver Medical Screen Committee](#) által a következő testületekkel együttműködésben:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

1. sz. Melléklet

(ADATLAP LÉGZŐKÉSZÜLÉKES BÚVÁROK VIZSGÁLATÁHOZ)

**Előző betegségek, jelenleg is kezelt idült betegségek.
Jelenlegi gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelés**

***Nem helyettesíti az OSEI Szakmai útmutatójában előírt
Sportorvosi Vizsgálati Kérdőívet!***

A bűvár neve: _____

Születési dátuma: _____

Anyja neve: _____

Lakcíme: _____

Búvárszervezet és minősítés: _____

Életmód:

Kérem, válaszoljon a következő kérdésekre:

Dohányzik? _____ (igen / nem)

Ha igen: hány éve? _____

Naponta hány szál cigarettát szív? _____

Fogyaszt alkoholt? _____ (igen / nem)

Ha igen: alkalmilag? _____ (igen / -)

vagy rendszeresen: heti _____ alkalommal _____ dl sört / bort / rövid italt.

Sportol-e rendszeresen? : _____ (igen / nem)

Ha igen, ilyen sportot, mozgásformát? _____

Milyen rendszerességgel? _____

Van-e érvényes gépjárművezetői jogosítványa? _____ (igen / nem)

Ha igen, milyen kategóriá(k)ban? _____

Betegségek / állapotok / tünetek:

Amennyiben Önnél előfordult, kérem karikázza be a sorszámot.

I. Szív- és érrendszer betegségei:

1. Szívizom elhalás (infarktus)
2. Koszorúér by-pass műtét
3. Koszorúér tágítás (szívkatéterezéskor)
4. Pacemaker beültetés
5. Kezelést igénylő szívritmuszavar
6. Billentyűhiba
7. Szív fejlődési rendellenesség (pl. nyitott Botallo vezeték, vagy ovális ablak...)
8. Angina pectoris, ischaemiás szívbetegség bármilyen formája
9. Szívelégtelenség bármelyik formája
10. Néhány másodpercig tartó eszméletvesztés (amit szívhiba okozott) (pl. Adams-Stockes sy.)
11. Szívizombetegség bármilyen formája (kivéve infarktus)
12. Magasvérnyomás
13. Aorta aneurizma
14. Szédülést, ájulást okozó érbetegség
15. Az agyi erek bármilyen betegsége
16. Rövid séta utáni sántítás (claudicatio intermittens)
17. Egyéb szív-, érrendszeri betegség

II. Tüdő és légzőszervek betegségei:

1. Asztma
2. Allergiás nátha
3. Idült hörghurut
4. Légmell (PTX)
5. Sarcoidosis
6. Tüdőtágulat
7. Tüdő TBC
8. Tüdődaganat
9. Bármilyen, üregképződéssel járó tüdőbetegség
10. A tüdő kötőszöveti betegsége
11. Cystás fibrozis a tüdőben
12. Hidegre, terhelésre jelentkező nehézlégzés
13. Vízbemerüléssel járó tüdőödéma
14. Mellkasi műtét

III. Az idegrendszer betegségei:

1. Epilepszia
2. Idült fejfájás (pl. migrén)
3. Bármilyen görcsroham (láz által kiváltott is)
4. Sclerosis multiplex
5. Trigemínus neuralgia
6. Fejsérülés, ami (akár rövid ideig tartó) eszméletvesztéssel járt
7. Bármilyen eredetű eszméletvesztés
8. Szélütés (Stroke) bármilyen formája
9. Koponyaüregi daganat
10. Agyi körülírt értágulat (aneurizma)
11. Bármelyik agyideg betegsége
12. Agyi embólia
13. Gerincvelő működészavarral járó betegsége
14. Gerincvelő sérülés, műtét, ami maradandó károsodással járt
15. Végtagbénulás
16. Környéki idegek betegsége, sérülése

IV. Fül-orr-gégebetegségek:

1. Idült, visszatérő hallójárat gyulladás
2. Külső hallójárat jelentős szűkülete
3. Az Eustach-kürt működészavara
4. Dobhártya kilyukadása (perforáció)
5. Fülműtét
6. Mastoidectomia
7. Dobhártya plasztika
8. Halláskárosodás
9. Gyakori homloküreg-, arcüreg gyulladás
10. Az arcideg bénulása
11. Fül-, orr-, gége fejlődési rendellenességei
12. Fülműtétek
13. Barotrauma miatti arcidegbénulás
14. Egyensúlyozó szervi barotrauma
15. Nem korrigált felsőlégúti akadály

V. Fogászati és szájsebészeti kórképek:

1. Arccsontok törése
2. Be nem gyógyult szájsebészeti hegek
3. Fej és nyak műtétei
4. Az állkapocs ízület működési rendellenességei

VI. Gyomor-, bélrendszer betegségei:

1. Gyomorfekély
2. Gastro-oesophagealis reflux
3. Gyomor ürülési zavarai
4. Rekeszsérv
5. Gyomor csonkoló műtete
6. Felszívódási zavarok
7. Idült vékonybél szűkület
8. Crohn betegség
9. Colitis ulcerosa
10. Bélfisztula
11. Nyelőcső diverticulum
12. Nyelőcső tágulat
13. Hasi sérv
14. Bármilyen stoma
15. Visszatérő hasmenés
16. Gyomor-, bél műtét

VII. Anyagcsere és endokrin betegségek:

1. Elhízottság
2. Kóros soványság
3. Cukorbetegség
4. Addison-kór
5. Vércukorszint gyors csökkenésével járó betegség
6. Pajzsmirigybetegség
7. Agyalapi mirigy betegsége
8. Mellékvese betegsége

VIII. Vesebetegségek:

1. Vesefejlődési rendellenesség
2. Vese TBC
3. Vesedaganat
4. Veseelégtelenség
5. Egyéb ismert vesebetegség

IX. Szülészeti-nőgyógyászati állapotok és betegségek:

1. Jelenleg fennálló TERHESSÉG
2. Nőgyógyászati daganatos betegség
3. Polycystás petefészek

X. A vérképző szervek betegségei:

1. Vérszegénység
2. Polycytaemia
3. Leukémiák
4. Vérzékenység
5. Fokozott véralvadékonyság
6. Jelenleg is alkalmazott alvadásgátló kezelés

XI. Mozgásszervek betegségei:

1. Krónikus, visszatérő hátfájás, derékfájás
2. Ízületi merevség
3. Mellkasdeformitás
4. Gerincferdülés
5. Súlyos csonttritkulás
6. Nem fertőzőes csontelhalás
7. Amputáció
8. Gerincműtét

XII. Magatartászavarok és pszichiátriai betegségek:

1. Szorongás
2. Depresszió
3. Fóbiák
4. Pánikbetegség
5. Psychosisok (kezelt esetei is), psychotikus epizódok
6. Schizofrenia
7. Alkohol, gyógyszer, drog függőség

XIII. Előzőleg fel nem sorolt balesetek, sérülések, műtétek, kórházi kezelések:

1. Van-e a szervezetében implantátum?
2. Ha igen, hol, milyen?
3. Képes-e 12 perc alatt 1,6 km-t gyalogolni?

XIV. COVID-19-el kapcsolatos anamnesis:

Volt-e kimutatott új koronavírus fertőzése? _____ (igen / nem)

Ha igen, mikor, milyen teszt mutatta ki? _____

2 héten belül járt-e külföldön? _____ (igen / nem)

Ha igen, hol? _____

2 héten belül volt-e láza / hőemelkedése? _____ (igen / nem)

Volt-e negatív COVID-19 tesztje? _____ (igen / nem)

Ha IGEN, mikor? Milyen teszttel? _____

Egyéb idült, vagy jelenleg fennálló heveny betegségek:

Jelenleg szedett gyógyszerek, és étrendkiegészítők:

Kijelentem, hogy semmilyen betegségemet, állapotomat, gyógyszereszedésemet nem titkoltam el és a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

- Hölgyek esetén
- várandós nem vagyok.
 - tudomásul veszem, hogy várandósság ideje alatt tilos merülni,
 - bűvartúra előtt 2 hétig és alatta hormon tartalmú fogamzásgátlót nem szedek.

Dátum:

.....
vizsgáló

.....
vizsgált személy