



Oświadczenie dotyczące ryzyka i odpowiedzialności prawnej /
Oświadczenie i przyjęcie do wiadomości braku stosunku pracy

OGÓLNE SZKOLENIE

(EU Version)

Przeczytaj uważnie i wypełnij wszystkie luki przed podpisaniem dokumentu

Oświadczenie i przyjęcie do wiadomości braku stosunku pracy

Rozumiem i wyrażam zgodę na to, iż Członkowie PADI ("Członkowie"), włącznie z DEEPSPOT S-28724 i/lub poszczególni Instruktorzy/Divemasterzy PADI związani z programem, w którym biorę udział mają licencję na wykorzystywanie różnych znaków handlowych PADI i prowadzenie szkoleń PADI, ale nie są przedstawicielami, pracownikami ani agentami PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc. ani ich korporacji macierzystych, zależnych czy afiliowanych ("PADI"). Rozumiem także, iż działania biznesowe Członków są niezależne i nie są własnością ani nie podlegają kierownictwu PADI, a choć PADI ustanawia standardy dla programów nurkowych PADI, nie odpowiada za ani nie posiada prawa kontroli prowadzonych przez Członków działań biznesowych oraz codziennych działań związanych z prowadzeniem programów PADI oraz nadzorowaniem nurków przez Członków lub ich kadre.

Oświadczenie dotyczące ryzyka i odpowiedzialności prawnej

Niniejsze oświadczenie informuje cię o ryzyku związanym z nurkowaniem w sprężeniu ABC i z nurkowaniem w sprężeniu powietrznym. To oświadczenie określa także okoliczności, w których bierzesz udział w programie nurkowym na własne ryzyko.

Twój podpis na niniejszym dokumencie jest wymagany jako dowód na to, iż otrzymałeś i przeczytałeś to oświadczenie. Ważne jest, abyś przeczytał niniejsze oświadczenie przed złożeniem podpisu. Jeżeli jakiegokolwiek informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są dla ciebie niezrozumiałe, przedyskutuj te kwestie z instruktorem. Jeśli jesteś osobą niepełnoletnią, oświadczenie musi podpisać także rodzic lub opiekun.

Ostrzeżenie

Nurkowanie w sprężeniu ABC oraz nurkowanie ze sprzętem powietrznym wiąże się z ryzykiem, które może doprowadzić do poważnych obrażeń lub śmierci.

Nurkowanie z użyciem sprężonego powietrza pociąga za sobą pewne ryzyko, może dojść do choroby dekompresyjnej, embolii lub innych urazów ciśnieniowych, które wymagają leczenia w komorze dekompresyjnej. Nurkowania na wodach otwartych wymagane do ukończenia szkolenia i otrzymania certyfikatu mogą być przeprowadzane w miejscu znajdującym się w dużej odległości, zarówno pod względem dystansu, jak i czasu (lub obu tych czynników), od takiej komory dekompresyjnej. Nurkowanie w sprężeniu ABC i nurkowanie ze sprzętem powietrznym to formy aktywności wymagające intensywnego wysiłku, w związku z czym uczestnictwo w takim programie nurkowym wiąże się z wysiłkiem fizycznym. Konieczne jest, abyś zgodnie z prawdą i w pełni poinformował profesjonalistów nurkowych i placówkę organizującą program odnośnie swojego stanu zdrowia.

Akceptacja Ryzyka

Rozumiem i jednocześnie wyrażam zgodę na to, iż ani profesjonalści nurkowi prowadzący niniejszy program, instruktorzy DEEPSPOT S-28724, ani placówka, która oferuje niniejszy program, DEEPSPOT S-28724, ani też PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc. ani organizacje stowarzyszone, ich pracownicy, urzędnicy, przedstawiciele czy pełnomocnicy nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za śmierć, jakiegokolwiek obrażenia lub straty poniesione przeze mnie, wynikające z mojego zachowania bądź jakichkolwiek innych kwestii i czynników pozostających pod moją kontrolą, składających się na zaniedbanie z mojej strony.

Jeśli nie doszło do zaniedbania lub naruszenia obowiązku ze strony profesjonalistów nurkowych prowadzących niniejszy program, instruktorzy DEEPSPOT S-28724, placówki, która oferuje niniejszy program, DEEPSPOT S-28724, PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc. oraz wszystkich stron określonych powyżej, udział w niniejszym programie odbywa się całkowicie na moje własne ryzyko.

POTWIERDZAM ODBIÓR NINIEJSZEGO OŚWIADCZENIA I PRZYJĘCIA DO WIADOMOŚCI BRAKU STOSUNKU PRACY ORAZ OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCEGO RYZYKA I ODPOWIEDZIALNOŚCI, TYM SAMYM POTWIERDZAJĄC, IŻ PRZECZYTAŁEM WSZYSTKIE WARUNKI PRZED PODPISANIEM NINIEJSZYCH OŚWIADCZEŃ.

Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)

Podpis uczestnika

Data (Dzień/Miesiąc/Rok)

Podpis rodzica/opiekuna (jeśli ma zastosowanie)

Data (Dzień/Miesiąc/Rok)



PADI
padi.com

OŚWIADCZENIE O ZROZUMIENIU STANDARDÓW I PROCEDUR BEZPIECZNEGO NURKOWANIA

Proszę przeczytać uważnie przed podpisaniem poniższego dokumentu.

Poniższe oświadczenie informuje o ustalonych procedurach bezpieczeństwa w nurkowaniu zarówno ze sprężonym powietrzem, jak i na zatrzymanym oddechu. Procedury te zostały opracowane i przedstawione dla przypomnienia i potwierdzenia wiedzy o nich, tak aby zwiększyć komfort i bezpieczeństwo nurkowania. Własnoręczny podpis złożony na tym oświadczeniu potwierdza znajomość procedur i standardów bezpieczeństwa w nurkowaniu. Przeczytaj oraz omów wszystkie punkty oświadczenia przed jego podpisaniem. Jeżeli podpisująca dokument osoba nie jest pełnoletnia, poniższy dokument muszą podpisać również jej rodzice lub opiekunowie.

Ja, _____, rozumiem, że jako nurek powinienem:
wpisz imię i nazwisko

1. Utrzymywać dobrą psychiczną i fizyczną sprawność potrzebną w nurkowaniu. Nie nurkować będąc pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających. Utrzymywać biegłość w umiejętnościach nurkowych i starać się je rozwijać poprzez kontynuowanie edukacji nurkowej. W wypadku dłuższej przerwy w aktywności nurkowej przypominać sobie powyższe umiejętności w kontrolowanych warunkach.
2. Poznać miejsca, w których nurkuję. W nieznanym mi miejscu postarać się o uczestnictwo w oficjalnym nurkowaniu zapoznawczym prowadzonym przez osoby zorientowane w lokalnych warunkach. Jeżeli warunki nurkowania są gorsze niż te, do których jestem przyzwyczajony powinienem odłożyć nurkowanie lub wybrać inne miejsce o lepszych warunkach. Brać udział tylko w nurkowaniach zgodnych z moimi umiejętnościami i doświadczeniem. Nie zajmować się nurkowaniem technicznym lub jaskiniowym bez specjalistycznego przeszkolenia.
3. Używać kompletnego, dobrze utrzymanego, niezawodnego sprzętu, z którym jestem zaznajomiony; kontrolować jego poprawne działanie przed każdym nurkowaniem. Nie pożyczać swojego sprzętu osobom nie przeszkolonym. W czasie nurkowania ze sprężonym powietrzem powinienem zawsze posiadać manometr kontrolujący ciśnienie w butli oraz uznać konieczność posiadania kamizelki z inflatorem do kontroli pływalności i alternatywnego źródła powietrza.
4. Słuchać informacji podawanych na nurkowych odprawach i stosować się do rad osób nadzorujących moją działalność nurkową. Uznawać wymagania posiadania dodatkowego przeszkolenia podczas uczestnictwa w specjalistycznych nurkowaniach, podczas nurkowania w innych, nieznanym miejscach i warunkach jak i po przerwie w nurkowaniu trwającej ponad sześć miesięcy.
5. W czasie każdego nurkowania nurkować z partnerem lub grupą. Planować nurkowanie mając na uwadze wzajemną komunikację, procedury na wypadek rozdzielenia się partnerów oraz procedury bezpieczeństwa.
6. Być biegłym w stosowaniu tabel do planowania nurkowań bezdekompresyjnych. Przeprowadzać wszystkie nurkowania tak, aby nie wymagały stosowania dekompresji oraz zostawiać margines bezpieczeństwa. Posiadać przyrządy do monitorowania głębokości oraz czasu nurkowania. Ograniczyć głębokość nurkowania do swojego poziomu wyszkolenia i zdobytych doświadczeń. Wynurzać się nie przekraczając szybkości 18 metrów na minutę. Być bezpiecznym nurkiem (SAFE – Slowly Ascend From Every Dive – powoli wynurzać się z każdego nurkowania). Wykonywać przystanek bezpieczeństwa jako dodatkowe zabezpieczenie, zwykle na głębokości 5 metrów przez 3 minuty lub dłużej.
7. Utrzymywać odpowiednią pływalność. Dobrać balast tak by na powierzchni posiadać neutralną pływalność bez powietrza w kamizelce nurkowej. W czasie nurkowania utrzymywać cały czas pływalność neutralną. Na powierzchni, w czasie pływania i odpoczynku, utrzymywać pływalność dodatnią. Posiadać system balastowy umożliwiający jego łatwe zrzucenie i ustalenie dodatniej pływalności w wypadku zagrożenia w czasie nurkowania.
8. Oddychać prawidłowo w czasie nurkowania. Nigdy nie wstrzymywać oddechu podczas oddychania ze sprężonym powietrzem. Unikać nadmiernej hiperwentylacji w czasie nurkowań na zatrzymanym oddechu. Unikać przemęczenia w wodzie i pod wodą oraz nurkować w ramach swoich możliwości.
9. Używać łodzi, pływaków lub innych środków pływających kiedy są potrzebne.
10. Znać i stosować się do lokalnych praw i przepisów, włącznie z dotyczącymi polowania na ryby i stosowania flag nurkowych.

Przeczytałem powyższe oświadczenie i otrzymałem wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie moje pytania i wątpliwości. Rozumiem cel i potrzebę przedstawionych procedur. Rozumiem, że służą one mojemu bezpieczeństwu i niestosowanie się do nich może spowodować zwiększenie ryzyka podczas moich nurkowań.

Podpis uczestnika szkolenia

Data

Podpis rodziców lub opiekunów

Data

Medycyna nurkowa | Kwestionariusz uczestnika

Nurkowanie rekreacyjne i nurkowanie na wstrzymanym oddechu (freediving) wymagają dobrego zdrowia fizycznego i psychicznego. Istnieje kilka stanów chorobowych, wymienionych poniżej, które mogą stanowić zagrożenie podczas nurkowania. Osoby, które mają którekolwiek z tych schorzeń, lub są do nich predysponowane, powinny przeprowadzić konsultację lekarską. Niniejszy kwestionariusz medyczny dla uczestników nurkowania stanowi podstawę do określenia, czy powinieneś zasięgnąć takiej oceny. Jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości dotyczące swojej zdolności do nurkowania, które nie są przedstawione w tym formularzu, skonsultuj się z lekarzem przed nurkowaniem. Jeśli czujesz się źle, unikaj nurkowania. Jeśli uważasz, że możesz mieć chorobę zakaźną, chroń siebie i innych nie uczestnicząc w szkoleniach nurkowych i/lub zajęciach nurkowych. Odniesienia dotyczące "nurkowania" w niniejszym formularzu obejmują zarówno nurkowanie rekreacyjne jak i nurkowanie na wstrzymanym oddechu (freediving). Formularz ten jest przygotowany głównie jako wstępna ocena medyczna dla nurków rozpoczynających nurkowanie, ale jest również odpowiedni dla nurków podejmujących dalszą edukację. Dla bezpieczeństwa Twojego i innych osób, które mogą nurkować z Tobą, odpowiedz uczciwie na wszystkie pytania.

Wskazówki

Wypełnij ten kwestionariusz jako warunek wstępny do kursu nurkowania rekreacyjnego lub na wstrzymanym oddechu.

Uwaga dla kobiet: Jeśli jesteś w ciąży lub próbujesz zajść w ciążę, nie nurkuj.

1	Miałem/am problemy z płucami, oddychaniem, sercem i/lub krwią, które wpływają na mój normalny stan fizyczny lub psychiczny	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola A	Nie <input type="checkbox"/>
2	Mam ponad 45 lat.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola B	Nie <input type="checkbox"/>
3	Mam trudności z wykonywaniem umiarkowanych ćwiczeń (np. przejście 1,6 km w ciągu 14 minut lub przepłynięcie 200 metrów bez odpoczynku), LUB nie byłem w stanie uczestniczyć w normalnym wysiłku fizycznym z powodu kondycji fizycznej lub stanu zdrowia w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
4	Miałam/em problemy z oczami, uszami, przewodami nosowymi lub zatokami przynosowymi.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola C	Nie <input type="checkbox"/>
5	Miałam/em operację w ciągu ostatnich 12 miesięcy LUB mam ciągle problemy związane z wcześniejszymi operacjami.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
6	Straciłam/em przytomność, miałam/em migrenowe bóle głowy, napady drgawek, udar mózgu, istotny uraz głowy, lub cierpię na trwałe uszkodzenie neurologiczne lub chorobę o podłożu neurologicznym.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola D	Nie <input type="checkbox"/>
7	Obecnie jestem leczony/a (lub wymagałam/am leczenia w ciągu ostatnich pięciu lat) z powodu problemów psychologicznych, zaburzeń osobowości, ataków paniki, uzależnienia od narkotyków lub alkoholu, lub zostałam/am zdiagnozowany/a jako osoba z zaburzeniami uczenia się lub rozwoju.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola E	Nie <input type="checkbox"/>
8	Miałam/em lub mam problemy z plecami, przepuklinę, owrzodzenia albo cukrzycę.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola F	Nie <input type="checkbox"/>
9	Miałam/em lub mam problemy żołądkowe lub jelitowe, w tym w ostatnim czasie biegunkę.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola G	Nie <input type="checkbox"/>
10	Przyjmuję leki przepisane przez lekarza na receptę (z wyjątkiem leków antykoncepcyjnych lub przeciwnadciśnieniowych innych niż meflochina (Lariam).	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>

Oświadczenie Uczestnika

Jeśli odpowiedziałas/ęś NIE na wszystkie 10 powyższych pytań, ocena lekarska nie jest wymagana. Prosimy o zapoznanie się i wyrażenie zgody na poniższe oświadczenie uczestnika poprzez podpisanie i datowanie go.

Oświadczenie Uczestnika: Odpowiedziałam/em na wszystkie pytania uczciwie i rozumiem, że przyjmuję odpowiedzialność za wszelkie konsekwencje wynikające z pytań, na które odpowiedziałam/em nieprecyzyjnie lub za nieujawnienie jakichkolwiek obecnych lub przeszłych stanów zdrowia.

Podpis Uczestnika (lub, w przypadku osoby niepełnoletniej, podpis rodzica/opiekuna)

Data (dd/mm/yyyy)

Imię i nazwisko Uczestnika (drukowanymi literami)

Data urodzenia (dd/mm/yyyy)

Imię i nazwisko Instruktora (drukowanymi literami)

Nazwa Centrum Nurkowego (drukowanymi literami)

* **Jeśli odpowiedziałas/ęś TAK** na pytania 3, 5 lub 10 powyżej **LUB** na którekolwiek z pytań na stronie 2, prosimy przeczytać i zaakceptować powyższe oświadczenie, podpisując je i datując **ORAZ zabrać wszystkie trzy strony tego formularza (Kwestionariusz Uczestnika i Formularz Oceny Medycznej) do lekarza** w celu dokonania oceny medycznej. Uczestnictwo w kursie nurkowym wymaga zgody lekarza.

Medycyna nurkowa | Kwestionariusz Uczestnika - kontynuacja

POLE A – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Operację klatki piersiowej, operację serca, operację zastawek serca, założenie stentu, implantację urządzenia medycznego (np. stymulatora serca lub układu nerwowego) lub odmę optuczną (zapadnięte płuco).	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Astmę, świszczący oddech, nasilone alergie, katar sienny lub niedrożne drogi oddechowe, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, które ograniczyły moją aktywność fizyczną / aktywność sportową.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Problem lub chorobę związaną z moim sercem, na przykład: dusznicę bolesną, ból w klatce piersiowej przy wysiłku, niewydolność serca, obrzęk płuc, zawał serca lub udar mózgu, LUB przyjmuję leki na jakąkolwiek chorobę serca.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Nawracające zapalenie oskrzeli i kaszel w ciągu ostatnich 12 miesięcy, LUB zdiagnozowaną rozedmę.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Symptomy wskazujące na problemy z płucami, oddychaniem, sercem i/lub krwią w ciągu ostatnich 30 dni, które wpływają na mój stan fizyczny lub psychiczny	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE B – MAM PONAD 45 LAT ORAZ:		
Obecnie palę lub wdycham nikotynę w inny sposób.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Mam wysoki poziom cholesterolu.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Mam wysokie ciśnienie krwi.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Miałam/em bliskiego krewnego zmarłego nagle lub z powodu choroby serca lub udaru mózgu przed 50 rokiem życia, LUB mam w rodzinnym wywiadzie chorobę serca u osób przed 50 rokiem życia (w tym zaburzenia rytmu serca, chorobę wieńcową lub kardiomiopatię).	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE C – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Operację zatok w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Chorobę lub operację ucha, utratę słuchu lub problemy z równowagą.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Powtarzające się zapalenie zatok w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Operację oka w ciągu ostatnich 3 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE D – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Uraz głowy z utratą przytomności w ciągu ostatnich 5 lat.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Trwałe uszkodzenie neurologiczne lub chorobę o podłożu neurologicznym.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Powtarzające się migrenowe bóle głowy w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub przyjmuję leki, aby im zapobiec.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Utratę przytomności lub omdlenie (całkowita/częściowa utrata świadomości) w ciągu ostatnich 5 lat.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Padaczkę, napady padaczkowe lub drgawki, LUB przyjmuję leki, aby im zapobiec.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE E – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Problemy behawioralne, psychiczne lub psychologiczne wymagające leczenia medycznego/psychiatrycznego.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Poważną depresję, myśli samobójcze, ataki paniki, niekontrolowaną chorobę dwubiegunową wymagającą leczenia farmakologicznego/psychiatrycznego.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Zdiagnozowane zaburzenie psychiczne lub zaburzenie uczenia się/rozwoju, które wymaga stałej opieki lub specjalnych form pomocy.	SI <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Uzależnienie od narkotyków lub alkoholu wymagające leczenia w ciągu ostatnich 5 lat.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE F – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Powtarzające się w ciągu ostatnich 6 miesięcy problemy z plecami, które ograniczają moją codzienną aktywność.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Operację pleców lub kręgosłupa w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Cukrzyca, zarówno kontrolowana przez leki, jak i przez dietę, LUB cukrzyca ciążowa w ciągu ostatnich 12 miesięcy	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Nieskorygowaną przepuklinę, która ogranicza moje możliwości fizyczne.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Aktywne lub nieleczone owrzodzenia, problematyczne rany lub chirurgiczne leczenie owrzodzeń w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE G – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Operację stomii i nie mam zezwolenia lekarskiego na pływanie lub angażowanie się w aktywność fizyczną, ca per nuotare o praticare attività fisica.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Odwodnienie wymagające interwencji medycznej w ciągu ostatnich 7 dni.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Aktywne lub nieleczone wrzody żołądka lub jelita lub chirurgiczne leczenie wrzodów przewodu pokarmowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Częstą zgagę, regurgitację lub refluks żołądkowo-przelykowy (GERD).	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Aktywne lub niekontrolowane wrzodzące zapalenie jelita grubego lub chorobę Leśniowskiego-Crohna.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Operację bariatryczną w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>

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 prowadzonej 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