

הצהרה רפואית

תיק מעקב - מידע אישי חסוי

נא לקרוא בעיון לפני החתימה

ללא כושר גופני מינימלי. צלילה יכולה להיות מאומצת בתנאים מסוימים. על מערכת הלב - ריאה שלך להיות במצב בריאות תקין. על כל חללי האוויר בגוף להיות נורמליים ובריאים. אנשים עם מחלות לב, הצטננות או נזלת, אפילפסיה, אסטמה, בעיה רפואית חמורה, או תחת השפעת אלכוהול או סמים, אנים צריכים לצלול. אם אתה משתמש בתרופה, התייעץ עם רופא ועם מדריך הצלילה לפני שתשתתף בקורס זה. בנוסף, תצטרך ללמוד מהמדריך את כללי הבטיחות החשובים לגבי נשימה והשוואת לחצים בעת צלילה. כדי שתוכל להשתמש בציוד הצלילה בבטיחות, עליך להיות מודרך ביסודיות בשימוש בו על ידי מדריך צלילה מוסמך. אם ישנן שאלות נוספות בנוגע לעברך הרפואי או לגבי פרק ההיסטוריה הרפואית, עבור עליהן עם מדריך הצלילה שלך לפני שתחתום.

בהצהרה זו נמסר לך מידע על מספר סיכונים פוטנציאליים בצלילת מכלים ועל ההתנהגות הנדרשת ממך במשך קורס הצלילה. חתימתך על הצהרה זו דרושה על מנת לאפשר את השתתפותך בקורס הצלילה. **המועדון בו נערך הקורס:** _____ **המדריך:** _____ **כתובת המועדון:** _____ קרא את ההצהרה ודון בה עם המדריך לפני החתימה. חובה להשלים הצהרה רפואית זו, הכוללת את הצהרת עברך הרפואי, על מנת להתקבל לקורס הצלילה. אם הנך קטין, עליך להחתים את אחד ההורים על ההצהרה. צלילה היא פעילות מלהיבה ותובענית. הפעילות בטוחה מאד כאשר היא מבוצעת נכון תוך שימוש בטכניקות נכונות, אך כאשר אין ממלאים אחר נהלי הבטיחות שנקבעו - ישנן סכנות. על מנת לצלול בבטחה, אסור לך להיות כבד משקל בצורה קיצונית או

עבר רפואי

למשתתף:

מטרת שאלון זה היא לברר אם יש צורך בבדיקתך על ידי רופא לפני השתתפותך בקורס צלילה. תשובה חיובית לשאלה אינה פוסלת אותך באופן אוטומטי מצלילה. תשובה חיובית פירושה שיש מצב קיים מראש העלול להשפיע על בטיחותך בעת הצלילה וכי עליך להתייעץ עם רופא. נא לענות על השאלות הבאות ב"כן" או "לא". אם אינך בטוח, ענה ב"כן". אם סעיף כלשהו מתאים לך, עלינו לבקש ממך להיבדק על ידי רופא לפני שתשתתף בקורס הצלילה. מדריך הצלילה שלך יספק לך טופס הצהרה רפואית והנחיות לבדיקת רפואית לצולל חובב אותן תיקח לרופא.

- | | | |
|---|---|--|
| <p>_____ עבר של שימוש מופרז באלכוהול או בסמים?</p> <p>_____ עבר של דלקת קרום המוח, מחלת מוח, זעזוע מוח, חבלת ראש, ניתוח ראש, מיגרנה?</p> <p>_____ שיעול כרוני?</p> <p>_____ קוצר ראייה מעל 4 דיופטרים (אסור לצלול עם עדשות מגע קשות)?</p> <p>_____ עבר של מחלות עיניים / ניתוחי עיניים?</p> <p>_____ קוצר נשימה במאמץ.</p> <p>_____ כאב חזה במאמץ.</p> <p>_____ חוסר דם / מחלת דם כרונית?</p> <p>_____ מחלת כליות / דרכי השתן / זיהומים חוזרים בדרכי השתן / אבנים או חול בכליות?</p> <p>_____ כאבי בטן חוזרים / מחלה כרונית של המעיין / כיב?</p> <p>_____ דימום ממערכת העיכול.</p> <p>_____ צרבת כרונית / מחלות של הוושט?</p> <p>_____ ניתוחי בטן / מעיים.</p> <p>_____ מחלות פרקים / עצמות / שרירים או עצבים / חולשת שרירים / גפיים?</p> <p>_____ עודף משקל מעל 25 ק"ג (משקל רצוי = גובה בס"מ - 100)</p> <p>_____ סוכרת מטופלת בכדורים / זריקות?</p> <p>_____ הפרעה בבלוטות המטופלת בקביעות?</p> <p>_____ האם יש לך שיניים תותבות?</p> | <p>_____ עבר של תאונת צלילה או מחלת הדקומפרסיה?</p> <p>_____ עבר של בעיות גב נשנות?</p> <p>_____ עבר של ניתוח גב?</p> <p>_____ עבר של סכרת?</p> <p>_____ עבר של בעיות גב, זרוע או רגל - לאחר ניתוח, פגיעה או שבר?</p> <p>_____ חוסר יכולת לבצע פעילות גופנית מתונה (ללכת ק"מ אחד בשמונה דקות)?</p> <p>_____ עבר של לחץ דם גבוה או לוקח תרופות לשליטה בלחץ הדם?</p> <p>_____ עבר של מחלת לב כלשהי?</p> <p>_____ עבר של התקפי לב?</p> <p>_____ אנגינה פקטוריס או ניתוח כלי דם כליליים?</p> <p>_____ ניתוחי לב? הפרעות בקצב הלב?</p> <p>_____ עבר של ניתוחי אוזניים או סינוסים?</p> <p>_____ קרע בעור התוף?</p> <p>_____ עבר של מחלות אוזניים, אבדן שמיעה או בעיות שיווי משקל?</p> <p>_____ עבר של בעיות השוואת לחצים באזניים (פמפום) בנסיעה בהרים או במטוס?</p> <p>_____ עבר של דימום או ליקוי דם אחרים?</p> <p>_____ עבר כלשהו של בקע (הרניה)?</p> <p>_____ עבר של אולקוס או ניתוח אולקוס?</p> <p>_____ עבר של קולוסטומיה?</p> | <p>_____ האם הנך בהריון או יש חשד להריון?</p> <p>_____ האם הנך משתמש בתרופות עם או ללא מרשם (למעט גלולות למניעת הריון)?</p> <p>_____ האם הנך מעל גיל 45 ויש לך אחד מהמפורטים מטה:</p> <p>_____ מעשן כיום מקטרת, סיגריות או סיגרים?</p> <p>_____ רמת כולסטרול גבוהה?</p> <p>_____ עבר משפחתי של התקפי לב או שבץ</p> |
|---|---|--|

האם היה לך או יש לך כיום

- _____ אסטמה / צפצוף בנשימה / צפצוף בעת פעילות גופנית?
- _____ התקפי אלרגיה או קדחת השחת לעיתים קרובות או בצורה חמורה?
- _____ הצטננות, סינוסיטיס או ברונכיטיס לעיתים קרובות?
- _____ צורה כלשהי של מחלת ריאות? דלקת ריאות / התמוטטות ריאה / שחפת?
- _____ עבר של ניתוח בית חזה?
- _____ חבלה או פציעה בצלעות / חזה אוויר?
- _____ עבר של איבוד הכרה או התעלפויות (אבוד הכרה חלקי או מלא)?
- _____ האם אתה סובל לעיתים קרובות ממחלות ים (באנייה, ברכב וכד')?

למיטב ידיעתי, המידע אותו מסרתי על עברי הרפואי מדויק. אני לוקח על עצמי את האחריות למקרה בו יגרם לי נזק כתוצאה ממידע אותו לא מסרתי בהצהרה זו.

שם ▲	מספר ת.ז. ▲	חתימה ▲	תאריך ▲
שם ▲	חתימה ▲	תאריך ▲	

הורה או אפוטרופוס (לקטין):

חתימת המועמד: _____

- ישנם מקרים בהם משך הקורס יתארך, אנא קחו אופציה זו בחשבון. ישנן מספר סיבות להארכת הקורס ולהלן שתיים מהן:
 - תנאי ים – ראות לקויה / ים סוער לפעמים לא מאפשרים לנו לבצע צלילה בטוחה ולכן יבוטל יום הצלילות. יש להתקשר למזכירות המועדון לפני יום הצלילות לוודא כי מצב הים מאפשר פעילות.
 - ישנם מקרים בהם חניך זקוק לשיעור תגבור בהמלצת המדריך או לבקשת החניך. שיעורים אלה נערכים בצורה מסודרת בתיאום מול מזכירות המועדון ועשויים להאריך מעט את קורס הצלילה. השלמה במסגרת קורס הינה על בסיס מקום פנוי וללא תוספת תשלום. השלמה באופן פרטי בהתאם למחירון המועדון.
- דמי ביטול (חניך אשר התחיל את קורס הצלילה ומבקש לבטלו):
 - אין החזרים לאחר תחילת הקורס.
 - רכישת קורס במחיר אחד וביצועו בתאריך מבצע מוזל ו/או אחר, מכל סיבה, אינה מזכה את הלקוח בכל החזרים ו/או זיכויים בשל כך.
 - הקורס ניתן להעברה לאחר, לפני תחילתו בלבד, בתוספת דמי ניהול של 300 ₪ דמי ניהול והרשמה!
 - תוקף מחיר קורס במבצע נכון לתאריך המבצע בלבד, לקוח שיעביר את תאריך ביצוע הקורס לתאריך אחר חייב בתשלום ההפרשים.
- ביום פתיחת הקורס נעבור במסודר על תקנון המועדון המלא (אשר תמציתו לעיל) וטופס שיחרור מאחריות וחתימה על טפסים אלו הינה תנאי להתחלת הקורס.

נא למלא את שני הדפים ולשלוח בחזרה לפקס: 08-6583898
טלפון לוידוא קבלת הפקס: 08-9103767

אני, _____ החתום מטה מצהיר כי קראתי את תנאי המועדון הרשומים לעיל וחתימה זו הינה אישור להסכמתי לתנאים אלו.

סוג כרטיס האשראי: _____

מספר כרטיס: _____ תוקף: _____

שם בעל הכרטיס: _____ מספר ת.ז.: _____

שם מלא: _____ תאריך: _____

חתימה: _____

הגני מאשר חיוב כרטיס האשראי בעסקה זו על סך _____ ₪ .



Aqua Star

טופס הרשמה לקורס צלילה

במרכז ימי "Aqua Star"

שם החניך: _____ מס' ת.זהות: _____

טלפון 1: _____ טלפון 2: _____

כתובת מלאה וקבועה: _____

בפקס מספר / E-Mail: _____

שלום רב,

הנה הגיע סוף סוף היום הגדול בו החלטת להצטרף לקורס צלילה אשר יקנה לך את הכלים לגלות תחום חדש ומרהיב של עולם תת-ימי עשיר ומהנה.
הקורס בו בחרת להשתתף הינו קורס בדרגת: _____
עלות הקורס: _____

המסלול בו בחרת הינו מסלול שבועי / סופ"ש / אחר: _____ – נא לסמן.

אשר יחל בתאריך: _____, בשעה (משוער): _____.

שימו לב - לשיעור הראשון עליך להצטייד במספר פריטים:

◆ בגד ים + מגבת.

◆ מחברת + כלי כתיבה.

◆ תמונת פספורט.

לפני הצטרפותך לקורס הצלילה ישנם מספר דברים שעליך לדעת על המרכז והנהלים:

- כל אדם הנרשם לקורס צלילה ישלם את מלוא הסכום עם ההרשמה לקורס. במידה ואותו אדם ביטל קורס אליו נרשם, יותר מ-72 שעות לפני פתיחת הקורס, יוחזר לו כספו למעט 300 ש"ח דמי רישום. במידה וההרשמה תבוטל 48 שעות או פחות מתחילת הקורס, יוחזר ללקוח 50% מערך הקורס. מבצעים שונים- בהתאם לתנאי המבצע.

- לטופס זה מצורף שאלון רפואי אותו על כל חניך למלא (בדיקת רופא אינה חובה). במידה ותשובה אחת או יותר חיובית מחוייב החניך לעבור בדיקה מתאימה אצל רופא צלילה. חניך המחוייב בבדיקת רופא, לא