PADI
padi.com

DEKLARACJA O ZWOLNIENIU Z ODPOWIEDZIALNOŚCI PRAWNEJ I ZGODA NA PRZEJĘCIE RYZYKA.

Przeczytaj uważnie poniższy tekst i wypełnij puste miejsca przed jego podpisaniem.

Ja, _____ niniejszym stwierdzam, że jestem w pełni świadomy, że nurkowanie z aparatem powietrznym
Imię i nazwisko uczestnika kursu
oraz nurkowanie na zatrzymanym oddechu niosą za sobą ryzyko poważnych obrażeń i śmierci.

Rozumiem, że nurkowanie przy użyciu aparatu powietrznego ze sprężonym powietrzem niesie ze sobą nieuniknione ryzyko, włączając w to, ale nie ograniczając do: choroby dekompresyjnej, zatoru powietrznego oraz innych chorób związanych z oddychaniem sprężonym gazem, wymagających leczenia w komorze dekompresyjnej. Rozumiem również, że nurkowania, które są niezbędnym elementem szkolenia, mogą się odbywać w miejscach oddalonych, zarówno pod względem odległości jak i czasu potrzebnego do transportu do komory dekompresyjnej. Zgadzam się również na udział w nurkowaniach pomimo braku w sąsiedztwie komory dekompresyjnej.

Rozumiem i zgadzam się, że ani moi instruktorzy _____, ani firma, dzięki której otrzymam szkolenie, _____, ani International PADI Inc, ani stowarzyszone korporacje czy filie tej firmy, ani żaden z ich
(Nazwa firmy)
pracowników, przedstawicieli, agentów i wykonawców (zwanych dalej Osobami Zwolnionymi z Odpowiedzialności) nie mogą być uznani winnymi lub odpowiedzialnymi za uraz lub śmierć czy inne szkody wobec mnie lub mojej rodziny, majątku, spadkobierców lub przedstawicieli, wynikłe z mojego zapisania się i udziału w programie nurkowym lub jako rezultat zaniedbania czynnego lub biernego związanych z tym osób fizycznych i prawnych.

W przypadku dopuszczenia mnie do udziału w kursie płetwonurkowania (i opcjonalnym nurkowaniu Adventure Dive), zwanym dalej „programem", podpisując ten dokument, przejmuję na siebie całkowite, związane z moim udziałem w powyższym programie, przewidziane lub nieprzewidziane ryzyko, za jakiekolwiek obrażenia, urazy albo uszkodzenia oraz zniszczenie mienia, które mogą spotkać mnie podczas udziału w programie zarówno podczas wykładów, zajęć basenowych , zajęć na wodach otwartych, jak i poza nimi.

Dodatkowo zwalniam, zabezpieczam i uznaję za niewinne wymienione powyżej Osoby Zwolnione z Odpowiedzialności, od jakichkolwiek roszczeń ze strony mojej, mojej rodziny, spadkobierców czy przedstawicieli, wynikających z mojego zapisania się i udziału w tym programie włączając w to zarówno żądania powstałe w czasie trwania programu, jak i po certyfikacji.

Rozumiem również, że płetwonurkowanie przy użyciu aparatu powietrznego, jak i bez niego, wymaga dużej aktywności fizycznej i jest związane z dużym wysiłkiem, co może spowodować u mnie przemęczenie podczas udziału w kursie. Gdybym więc doznał obrażeń na skutek ataku serca, paniki, hiperwentylacji, utopienia się i in., formalnie przejmuję na siebie ryzyko opisanych wyżej przypadków i nie uznam ww. osób za odpowiedzialne za powstały uszczerbek na moim zdrowiu.

Dodatkowo stwierdzam, że jestem pełnoletni, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i mogę podpisać powyższe oświadczenie o zwolnieniu z odpowiedzialności prawnej, albo posiadając ograniczoną zdolność do czynności prawnych uzyskałem pisemną zgodę przedstawiciela ustawowego (rodzica, opiekuna) do podpisania oświadczenia o zwolnieniu z odpowiedzialności prawnej. Rozumiem, że stwierdzenia w niniejszym dokumencie są wynikiem porozumienia stron i podpisuję ten dokument dobrowolnie, wiedząc, że zrzekam się w ten sposób swoich praw. Ponadto zgadzam się, że jeśli jakakolwiek klauzula tej umowy okaże się niewykonalna lub nieważna, to klauzula ta powinna zostać usunięta z niniejszej umowy. Pozostała część umowy będzie wówczas zinterpretowana, jak w przypadku gdyby usunięty fragment nie został nigdy w niej zawarty.

Rozumiem i zgadzam się, że nie tylko zrzekam się swoich praw do pozwania Osób Zwolnionych od Odpowiedzialności, ale również praw moich spadkobierców przedstawicieli i beneficjentów, którzy chcieli by procesować się na wypadek mojej śmierci. Oświadczam, że mogę to zrobić i moi spadkobiercy, przedstawiciele i beneficjenci nie będą domagać się innych praw.

JA, _____ POPRZEZ TEN DOKUMENT ZGADZAM SIĘ NA ZWOL-
Imię i nazwisko uczestnika kursu
NIENIE OD ODPOWIEDZIALNOŚCI MOICH INSTRUKTORÓW _____. ORAZ FIRMĘ
PRZEZ KTÓRĄ OTRZYMAŁEM SZKOLENIE _____. ORAZ INTERNATIONAL PADI, INC.,
nazwa firmy
I WSZYSTKIE WYMIENIONE POWYŻEJ POWIĄZANE JEDNOSTKI OD JAKIEJKOLWIEK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA JAKIKOLWIEK USZCZERBEK NA ZDROWIU, STRATY MATERIALNE ALBO CZYMKOLWIEK SPOWODOWANĄ ŚMIERĆ, WŁĄCZAJĄC W TO, ALE NIE OGRANICZAJĄC TYLKO DO OBRAŻEŃ I STRAT WYNIKŁYCH Z ZANIEDBANIA CZYNNEGO LUB BIERNEGO OSÓB ZWOLNIONYCH Z ODPOWIEDZIALNOŚCI.

JA I MOI SPADKOBIERCY JESTEŚMY W PEŁNI ŚWIADOMI ZNACZENIA TREŚCI POWYŻSZEGO DOKUMENTU O ZWOLNIENIU Z ODPOWIEDZIALNOŚCI PRAWNEJ I FORMALNYM PRZEJĘCIU RYZYKA, CO POTWIERDZAM PRZEZ JEGO PRZECZYTANIE I PODPISANIE W IMIENIU MOIM I MOICH SPADKOBIERCÓW.

_____ _____
Podpis uczestnika kursu Data

_____ _____
Podpisy rodziców lub opiekunów (w stosownych przypadkach) Data

© International PADI, Inc. 2004

PADI® padi.com

R·S·T·C Recreational Scuba Training Council

UNDERSEA & HYPERBARIC MEDICAL SOCIETY

OŚWIADCZENIE MEDYCZNE

Informacje Uczestnika (Dane Poufne)

Przeczytaj dokładnie przed podpisaniem.

Poniższe oświadczenie informuje o potencjalnym ryzyku związanym z nurkowaniem ze sprzętem powietrznym i postępowaniu podczas kursu. Twój podpis na tym oświadczeniu jest wymagany, żeby wziąść udział w szkoleniu oferowanym przez

_____oraz
Instruktora

_____
Firmę

zlokalizowaną w _____.

Przeczytaj poniższe oświadczenie przed podpisaniem. Musisz wypełnić to oświadczenie, włączając w to kwestionariusz medyczny, aby móc uczestniczyć w szkoleniu nurkowym. Jeżeli jesteś niepełnoletni to oświadczenie muszą podpisać również rodzice lub opiekunowie.

Nurkowanie to sport ekscytujący i wymagający. Jeżeli stosuje się prawidłowe techniki jest on relatywnie bezpieczny. Postępowanie niezgodne z przyjętymi procedurami zwiększa ryzyko.

Aby nurkować bezpiecznie należy być w dobrej kondycji i nie mieć nadwagi.

Nurkowanie może być wyczerpujące w pewnych warunkach. System krążenia oraz system oddechowy muszą być w dobrym stanie. Przestrzenie powietrzne takie jak zatoki i ucho środkowe muszą być zdrowe. Nie powinny nurkować osoby cierpiące na choroby serca, mające katar lub choroby infekcyjne dróg oddechowych, padaczkę oraz inne poważne schorzenia lub będące pod wpływem alkoholu czy narkotyków. Jeżeli masz astmę, chorobę serca lub inne przewlekłe schorzenia lub jeśli regularnie bierzesz lekarstwa zasięgnij porady lekarza i instruktora przed przystąpieniem do szkolenia. Instruktor zaznajomi Cię z ważnymi zasadami związanymi z odpowiednim oddychaniem i wyrównywaniem ciśnienia podczas nurkowania. Niewłaściwe używanie sprzętu może spowodować poważne obrażenia. Musisz zostać przeszkolony pod nadzorem uprawnionego instruktora jak bezpiecznie używać tego sprzętu.

Jeżeli masz dodatkowe pytania dotyczące Oświadczenia Medycznego, omów je z twoim instruktorem przed podpisaniem tego dokumentu.

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY NURKA

Do uczestnika:

Celem tej ankiety jest ustalenie czy uczestnik powinien być przebadany przed przystąpieniem do kursu rekreacyjnego nurkowania. Pozytywne odpowiedzi nie muszą oznaczać dyskwalifikacji z nurkowania. Twierdząca odpowiedź oznacza, że występują okoliczności, które mogą wpływać na Twoje bezpieczeństwo podczas nurkowania i musisz poradzić się lekarza.

Proszę odpowiedzieć **TAK** lub **NIE** na pytania dotyczące dawnych lub aktualnych problemów. Jeżeli nie jesteś pewien co odpowiedzieć, odpowiedz **TAK.** Jeżeli którykolwiek z wymienionych poniżej przypadków dotyczy ciebie, musisz zasięgnąć porady lekarza przed przystąpieniem do szkolenia nurkowego. Od swojego instruktora dostaniesz komplet specjalnych wytycznych PADI dotyczących badań medycznych związanych z rekreacyjnym nurkowaniem, które weźmiesz ze sobą na wizytę u lekarza.

___ Czy jesteś lub zamierzasz zajść w ciążę w najbliższym czasie?

___ Czy regularnie bierzesz lekarstwa na receptę lub bez recepty? (nie dotyczy środków antykoncepcyjnych oraz prewencji przeciwko malarii)

___ Masz już ponad 45 lat i jednocześnie możesz odpowiedzieć TAK na jedno lub więcej z poniższych:

- palisz fajkę, cygara lub papierosy
- masz wysoki poziom cholesterolu
- ktoś w rodzinie choruje na serce lub miał zawał serca
- znajdujesz się pod opieką lekarza
- masz podwyższone ciśnienie krwi
- masz problemy cukrzycowe, też te kontrolowane przez samą dietę

Czy kiedykolwiek miałeś lub masz obecnie . . .

____ Astmę, problemy podczas oddychania lub podczas ćwiczeń?

____ Częste i ciężkie ataki kataru siennego lub innej alergii?

____ Częste przeziębienia, zapalenie zatok lub bronchit?

____ Choroby płuc?

____ Odmę opłucnową?

____ Inne choroby lub operacje klatki piersiowej?

____ Problemy ze zdrowiem psychicznym (Ataki paniki, lęk przed zamkniętą lub otwartą przestrzenią)?

____ Epilepsę, ataki, konwulsje lub zażywasz lekarstwa, aby im zapobiegać?

____ Nawracającą migrenę lub zażywasz lekarstwa, aby jej zapobiegać?

____ Omdlenia i utratę przytomności (częściowe lub całkowite)?

____ Często lub okresowo cierpisz na chorobę lokomocyjną (morską lub podczas jazdy samochodem)?

____ Czerwonkę lub odwodnienie wymagające interwencji lekarza?

____ Czy miałeś wypadek nurkowy, chorobę dekompresyjną?

____ Problemy z kręgosłupem w przeszłości?

____ Niezdolność do umiarkowanych ćwiczeń? (spacer 1,6 km w 12 minut)

____ Miałeś wypadek z utratą przytomności w ciągu ostatnich pięciu lat?

____ Stałe problemy z kręgosłupem?

____ Operację związaną z kręgosłupem?

____ Cukrzycę?

____ Problemy z kręgosłupem, ramionami lub nogami – operacje, złamania, zwichnięcia?

____ Nadciśnienie lub zażywasz lekarstwa, aby mu zapobiegać ?

____ Choroby serca?

____ Zawał serca?

____ Dusznicę bolesną, operację serca, naczyń krwionośnych?

____ Operację zatok?

____ Chorobę lub operację ucha, utratę słuchu lub problemy z utrzymaniem równowagi?

____ Częste problemy z uszami?

____ Krwawienia lub inne choroby krwi?

____ Przepuklinę?

____ Wrzody lub operacje wrzodów?

____ Kolostomię (przetokę chirurgiczną)?

____ Czy nadużywałeś w ciągu ostatnich 5 lat lub nadużywasz alkoholu lub narkotyków?

Podane przeze mnie informacje są zgodne z moją najlepszą wiedzą. *Wyrażam zgodę na przejęcie odpowiedzialności za przeoczenie przeze mnie jakichkolwiek byłych lub obecnych warunków medycznych.*

_____ _____ _____ _____
Imię i Nazwisko oraz podpis uczestnika Data Podpis rodziców lub opiekuna Data

© International PADI, Inc. 1989, 1990, 1998, 2001
© Recreational Scuba Training Council, Inc. 1989, 1990, 1998, 2001

KURSANT

Proszę wypełnić czytelnie.

Nazwisko _____ Data urodzin_____ Wiek_____
Imię Inicjał Nazwisko Dzień/Miesiąc/Rok

Adres do korespondencji _____

Miasto _____ Województwo _____

Kraj _____ Kod pocztowy _____

Telefon domowy ( )_____ Telefon do pracy ( )_____

Email _____ FAX ( )_____

Nazwisko i adres lekarza rodzinnego lub lekarza pierwszego kontaktu

Lekarz _____ Szpital _____

Adres _____

Data ostatniego badania _____

Nazwisko badającego _____ Szpital _____

Adres _____

Telefon ( )_____ Email _____

Czy kiedykolwiek potrzebowałeś pomocy lekarza podczas nurkowania?

☐Tak ☐ Nie Jeśli tak, to kiedy?_____

LEKARZ

Ta osoba jest kandydatem na kurs nurkowania rekreacyjnego lub jest certyfikowanym nurkiem (nurkowanie z użyciem sprzętu powietrznego). Proszę o podanie opinii o kandydacie. Załączone są wytyczne PADI dotyczące badania medycznego nurków.

Opinia lekarza

☐ Brak przeciwwskazań do nurkowania.

☐ Ta osoba nie powinna nurkować.

Uwagi _____

_____

_____

_____Data_____
Podpis lekarza (dzień/miesiąc/rok)

Lekarz _____ Szpital _____

Adres _____

Telefon ( )_____ Email _____