

## Búváregészségügyi | Résztvevői kérdőív

A rekreációs búvárkodás és a szabadtüdős búvárkodás jó fizikai és mentális egészséget igényel. Az alábbiakban felsorolunk néhány egészségi állapotot, amelyek veszélyesek lehetnek búvárkodás közben. Azokat, akiknél ezen állapotok bármelyike fennáll vagy hajla-mosak ezekre, orvosnak kell értékelnie. Ez a Búvárorvosi | 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 védj magadat és másokat azzal, hogy nem veszel részt merülési tréningeken és/vagy merülési tevékenységekben. A „búvárkodásra” való hivatkozás ebben a nyomtatványban ma-gában foglalja a rekreációs búvárkodást és a szabadtüdős merülést 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 merülők biztonsága érdekében a kérdőív minden kérdésére őszintén válaszolj.

### Útmutatók

**Rekreációs búvárkodás vagy szabadtüdős merülési 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"/> lépj tovább az „A” kérdéscsoporthoz	Nem <input type="checkbox"/>
2	45 évesnél idősebb vagyok.	Igen <input type="checkbox"/> lépj tovább az „B” kérdéscsoporthoz	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"/> lépj tovább az „C” kérdéscsoporthoz	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-, agyvérzésem volt; jelentős fejsérülést szenvedtem, vagy tartós neurológiai sérülést / betegségtől szenvedtem.	Igen <input type="checkbox"/> lépj tovább az „D” kérdéscsoporthoz	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 tanulási nehézségeket, fejlődési zavart diagnosztizáltak nálam.	Igen <input type="checkbox"/> lépj tovább az „E” kérdéscsoporthoz	Nem <input type="checkbox"/>
8	Gerincproblémáim, sérvem, fekélyem volt; vagy cukorbetegségem van.	Igen <input type="checkbox"/> lépj tovább az „F” kérdéscsoporthoz	Nem <input type="checkbox"/>
9	Gyomor- vagy bélproblémáim voltak, beleértve közelmúltbeli hasmenést is.	Igen <input type="checkbox"/> lépj tovább az „G” kérdéscsoporthoz	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 kérdés mindegyikére, akkor orvosi vizsgálat nem szükséges. Kérjük, hogy olvasd végig és dátumozott aláírásoddal fogadd el az alábbi résztvevői nyilatkozatot.

**Résztvevői 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)

\_\_\_\_\_  
Résztvevő neve (nyomtatott betűkkel)

\_\_\_\_\_  
Születési idő (éééé/hh/nn)

\_\_\_\_\_  
Oktató neve (nyomtatott betűkkel)

\_\_\_\_\_  
Létesítmény neve: (nyomtatott 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 (Résztvevői Kérdőív és Orvos Értékelő Lapja) vidd magaddal orvosodhoz** orvosi értékelés céljából. A búvártanfolyamon való részvételhez az orvos jóváhagyása szükséges.

## Búváregészségügyi | Résztevői kérdőív folytatása

„A” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MR VOLT:		
Mellkasi műtét, szívűtét, szívbillentyű műtét, orvosi eszköz (pl. stent, pacemaker, neurostimulátor) behelyezése vagy légmellel (pneumothorax, 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 betegsémem, például: angina, mellkasi fájdalom terheléskor, szívelégtelenség, merülés okozta tüdő ödéma, szívroham vagy agyvérzés; 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 krónikus obstruktív légúti betegséget, illetve tüdőtágulást 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 juttatok a szervezetembe.	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 vérokonom, 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 szívizombetegséget is).	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
„C” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:		
Orrmelléküregi műtét az elmúlt 6 hónapban.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Fülbetegségem vagy fűlűtét, 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"/>
Szeműtét az elmúlt 3 hónapban.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
„D” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:		
Eszméletvesztéses 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"/>
Isméltűdű migrénes fejfájásaim az elmúlt 12 hónapban, vagy gyógyszereket szedtem/szedek azok megelőzésére.	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"/>
Epilepsziás rohamaim, görcseim, VAGY gyógyszereket szedek 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/fejlűdési rendellenességem.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Kezelést igénylű kábítűszer- vagy alkoholfűggűségem az elműlt 5 évben.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
„F” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:		
Olyan visszatérű hátp problémáim az elműlt 6 hónapban, amelyek korlátozzák a mindennapi tevékenységemet.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Hát- vagy gerincűtét az elműlt 12 hónapban.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Cukorbetegségem, akár gyógyszer-, akár étrend-kontrollált, VAGY az elműlt 12 hónapban terhességi cukorbetegségem.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Nem kezelt sérvem, amely korlátozza a fizikai képességemet.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Aktív vagy kezeletlen fekélyeim, problémás sebeim vagy fekélyűteteim az elműlt 6 hónapban.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
„G” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:		
Sztűma-operációm, és nincs orvosi engedélyem úszásra vagy fizikai tevékenység folytatására.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Olyan dehidrációm az elműlt 7 napban, amely orvosi beavatkozást igényelt.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Aktív vagy kezeletlen gyomor- vagy bűfekélyem, vagy fekélyűtét az elműlt 6 hónapban.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Gyakori gyomorégésem, regurgitációm vagy gyomorral-, nyelűcsűvel összefűggű reflux betegségem (GERD).	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Aktív vagy ellenőrizetlen fekélyes vastagbűgyulladásom vagy Crohn-betegségem.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Bariátriai műtét (bypass, gyomorballon, gyomorgyűrű, gyomorszűkítés, stb.) az elműlt 12 hónapban.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>

# Búvárorvos | Vizsgálóorvos 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 szabadtüdőös oktatásban vagy tevékenységben való részvételhez.

Kérjük, hogy a búvárokodással összefüggő egészségügyi állapotokkal kapcsolatos útmutatásokért keresse fel az [uhms.org](http://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 szabadtüdőös búvárokodással.
- Nem hagyom jóvá – olyan körülményeket találok, amelyeket összeegyeztethetetlennek tartok a rekreációs búvárokodással vagy a szabadtüdőös búvárokodással.

Búváralkalmasság értékelésére kiképzett orvos, v. más, hivatalos minősítéssel rendelkező eü. szolgáltató aláírása

dátuma (éééé/hh/nn)

Vizsgálóorvos neve:

(nyomtatott betűkkel)

Klinikai végzettségek/bizonyítványok:

Kórház/klinika/szakrendelő megnevezése:

Címe:

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**