

**HÄLSOUNDERSÖKNING  
inför  
APPARATDYKNING**

Personnummer: .....

Namn: .....

Gatuadress: .....

Postadress .....

Dykarskola: ..... Instruktor: .....

**Hälsodeklaration**

Besvara följande frågor genom markering i "Ja/Nej"-kolumnen. Om svaret är "Ja", förtydliga med t ex understrykning i texten samt eventuellt med egna ord i utrymmet längst ned på sidan.

Vid läkarsamtalet får Du möjlighet att närmare beskriva eventuella oklarheter. För de uppgifter som Du lämnar på detta formulär och vid samtal med läkaren gäller normal sjukvårdssekretess. Formuläret behålls av läkaren.

Att de uppgifter Du lämnar är fullständiga och sanningsenliga intygar Du längst ned på nästa sida med en underskrift.

		Ja	Nej
1	<b>Markera Din tidigare erfarenhet av dykning:</b> Fridykning (snorkling): ingen <input type="checkbox"/> liten <input type="checkbox"/> måttlig <input type="checkbox"/> stor <input type="checkbox"/> Apparatdykning: ingen <input type="checkbox"/> liten <input type="checkbox"/> måttlig <input type="checkbox"/> stor <input type="checkbox"/>  Dykdebut år..... Nuvarande certifikat eller planerad kurs.....		
2	<b>Har Du tidigare genomgått dykerimedicensk undersökning ?</b>  Om JA - var (vilken läkare) ?..... När ?..... Blev Du godkänd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har Du haft några medicinska problem sedan föregående läkarundersökning ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Har Du någonsin haft medicinska problem i samband med dykning (specificera nedan) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Har Du tidigare haft hinder för militärtjänst, bilkörning, flygning eller liknande ? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Har, såvitt Du vet, förälder, syskon eller eget barn haft: epilepsi, diabetes (sockersjuka), astma, hypertoni (högt blodtryck), hjärtsjukdom, psykisk sjukdom? Om ja, förtydliga nedan !  .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Har Du någonsin varit inlagd på sjukhus eller genomgått mer omfattande sjukdomsutredning ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Har Du senaste året regelbundet tagit någon medicin? (ange även p-piller, luftvägsspray, etc) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Brukar Du nikotin eller andra droger ? Om ja, vad och hur mycket ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Är Du gravid ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Har Du lidit av eller haft problem med (specificera i så fall nedan):**
**Ja Nej**

20	Mörkerrädsla eller cellskräck, problem att simma 200 meter på djupt vatten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Sömnbesvär, stor viktförändring, rastlöshet, ångest, tvångstankar eller depressioner, som lett till kontakt med psykolog, läkare eller kurator ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Hjärnskakning, skallskada, epilepsi eller migrän ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Krampanfall, svimningar eller annan medvetanderubbning ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Synproblem (om Ja - specificera nedan) ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Öroninflammation (i vuxen ålder), nedsatt hörsel eller hörselgångseksem under de senaste åren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Tryckutjämningsbesvär i öronen vid t ex flygning ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Tandinfektioner, tandutdragning i överkäken ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Bihåleinflammationer, lätt att få näsblod, långvarig nästäppa ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Allergi med astma, hösnuva, ögonklåda eller eksem (om Ja - finns någon känd utlösande faktor) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Andningsbesvär med tungt att andas eller ”pip” i luftrören ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Lungsjukdom såsom tuberkulos, lunginflammation, luftrörskatarr/bronkit eller pneumothorax (lungkollaps) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Hjärtkärlsjukdom såsom t ex blåsljud från hjärtat, blodpropp eller hypertoni (högt blodtryck) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Sura uppstötningar eller halsbränna ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Ljumskräck, ärrbräck eller annat bräck (ej åderbräck) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Annan sjukdom såsom t ex diabetes (sockersjuka), struma (sköldkörtelsjukdom), njur- eller leversjukdom, mag-tarmsjukdom eller någon smittsam sjukdom ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Känner Du Dig för närvarande fullt frisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentarer:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, datum: .....

Namnteckning: .....

**Undersökningsfynd**

(fylls i av läkaren)

		<b>ua</b>	<b>anm</b>
50	Allmäntillstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Grovneurologi, reflexer, motorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Ögon: pupiller likstora, rörlighet, ljusreaktion, konvergens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Hörselgångar (rensade från vax)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	Trumhinnor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Test av tubarfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	Näsa, luftpassage bilat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	Mun och svalg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	<i>Epifarynx ( vid misstanke )</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	<i>Palp av thyreoidea och lgl ( vid misstanke )</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	Lungor vid forcerad andning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	<i>Peak flow / spirometri ( vid misstanke )</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	Lungröntgen: datum.....plats.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	Hjärtauskultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	Blodtryck ...../..... hö arm ...../..... vä arm puls:...../ min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	<i>EKG / arbetsprov ( bör genomföras efter 40 års ålder, eller vid misstanke om hjärtsjukdom )</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66	Bukpalpation ( ssk bräck )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	Hud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	<i>Lab: urin / blodprov ( vid misstanke )</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	Ur anamnes och status bedöms konditionen: <i>dålig</i> <input type="checkbox"/> <i>normal</i> <input type="checkbox"/> <i>god</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	Längd: ..... cm Vikt: ..... kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentarer:** .....

.....

.....

**Bedömning av lämplighet att dyka**

Namn: ..... Personnummer: .....

**Godkänd för apparatdykning**

(Hälsodeklaration och undersökning, inkl ev lung-röntgen, ger ej anledning att misstänka något, som kan störa vakenhetsgrad, balanssinne, lung- eller hjärtfunktion)

Godkänd efter komplettering med för dykning godkänd lungröntgen

Godkänd t v endast för dykning i bassäng

Ska genomgå kompletterande undersökning eller behandling

Åter för ny bedömning .....

Ej godkänd för apparatdykning

Ort, datum: Göteborg 20\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Namnteckning: .....

stämpel

 Behörig som dykläkare