



Formularz rejestracji udziału w programach Try Scuba i Basic Diver

Imię	Nazwisko	Data urodzenia (DD/MM/RR)
Adres pocztowy		
Adres e-mail	Telefon komórkowy	

Kontakt w nagłych wypadkach

Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa
Adres e-mail	Telefon komórkowy

Ściągnij bezpłatną aplikację MySSI, dostępną dla iOS oraz Android! SSI wyznaczyło aplikację MySSI jako kompleksowe narzędzie wspomagające twoje doświadczenia związane z nurkowaniem i dające тобі dostęp do Cyfrowych Materiałów Szkoleniowych, Cyfrowego Logbooka oraz Cyfrowych Certyfikatów, w zasięgu twojej ręki. Istnieje szereg usług, takich jak wiadomości, lokalne wydarzenia, daty szkoleń, filmy 360°, a nawet tabele dekompresyjne oraz znaki nurkowe, z którymi powinieneś się zapoznać przed następnym zejściem pod wodę.

my.divessi.com



MySSI App: iOS



Aplikacja MySSI: Android



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	Miałam/em problemy z płucami/oddychaniem, sercem, krwią lub zdiagnozowano u mnie COVID-19.	Tak ☐ Idź do pola A	Nie ☐
2	Mam ponad 45 lat.	Tak ☐ Idź do pola B	Nie ☐
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 * ☐	Nie ☐
4	Miałam/em problemy z oczami, uszami, przewodami nosowymi lub zatokami przynosowymi.	Tak ☐ Idź do pola C	Nie ☐
5	Miałam/em operację w ciągu ostatnich 12 miesięcy LUB mam ciągłe problemy związane z wcześniejszymi operacjami.	Tak * ☐	Nie ☐
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 ☐ Idź do pola D	Nie ☐
7	Obecnie jestem leczona/y (lub wymagałam/em leczenia w ciągu ostatnich pięciu lat) z powodu problemów psychicznych, zaburzeń osobowości, ataków paniki, uzależnienia od narkotyków lub alkoholu, lub zostałam/em zdiagnozowana/y jako osoba z zaburzeniami uczenia się.	Tak ☐ Idź do pola E	Nie ☐
8	Miałam/em lub mam problemy z plecami, przepuklinę, owrzodzenia albo cukrzycę.	Tak ☐ Idź do pola F	Nie ☐
9	Miałam/em lub mam problemy żołądkowe lub jelitowe, w tym w ostatnim czasie biegunkę.	Tak ☐ Idź do pola G	Nie ☐
10	Przyjmuję leki przepisane przez lekarza na receptę (z wyjątkiem leków antykoncepcyjnych lub przeciwmalarycznych innych niż meflochina (Lariam)).	Tak * ☐	Nie ☐

Oświadczenie Uczestnika

Jeśli odpowiedziałas/eś 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/eś 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 lub odměę optucnową (zapadnięte płuco).		Tak * ☐	Nie ☐
Astmę, świszczący oddech, nasilone alergie, katar sienny lub niedrożne drogi oddechowe, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, które ograniczały moją aktywność fizyczną / aktywność sportową.		Tak * ☐	Nie ☐
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 * ☐	Nie ☐
Nawracające zapalenie oskrzeli i kaszel w ciągu ostatnich 12 miesięcy, LUB zdiagnozowaną rozedmę.		Tak * ☐	Nie ☐
Zdiagnozowaną chorobę COVID-19.		Tak * ☐	Nie ☐
POLE B – MAM PONAD 45 LAT ORAZ:			
Obecnie palę lub wdycham nikotynę w inny sposób.		Tak * ☐	Nie ☐
Mam wysoki poziom cholesterolu.		Tak * ☐	Nie ☐
Mam wysokie ciśnienie krwi.		Tak * ☐	Nie ☐
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 * ☐	Nie ☐
POLE C – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:			
Operację zatok w ciągu ostatnich 6 miesięcy.		Tak * ☐	Nie ☐
Chorobę lub operację ucha, utratę słuchu lub problemy z równowagą.		Tak * ☐	Nie ☐
Powtarzające się zapalenie zatok w ciągu ostatnich 12 miesięcy.		Tak * ☐	Nie ☐
Operację oka w ciągu ostatnich 3 miesięcy.		Tak * ☐	Nie ☐
POLE D – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:			
Uraz głowy z utratą przytomności w ciągu ostatnich 5 lat.		Tak * ☐	Nie ☐
Trwałe uszkodzenie neurologiczne lub chorobę o podłożu neurologicznym.		Tak * ☐	Nie ☐
Powtarzające się migrenowe bóle głowy w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub przyjmuję leki, aby im zapobiec.		Tak * ☐	Nie ☐
Utratę przytomności lub omdlenie (całkowita/częściowa utrata świadomości) w ciągu ostatnich 5 lat.		Tak * ☐	Nie ☐
Padaczkę, napady padaczkowe lub drgawki, LUB przyjmuję leki, aby im zapobiec.		Tak * ☐	Nie ☐
POLE E – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:			
Problemy behawioralne, psychiczne lub psychologiczne wymagające leczenia medycznego/psychiatrycznego.		Tak * ☐	Nie ☐
Poważną depresję, myśli samobójcze, ataki paniki, niekontrolowaną chorobę dwubiegunową wymagającą leczenia farmakologicznego/ psychiatrycznego.		Tak * ☐	Nie ☐
Zdiagnozowany stan zdrowia psychicznego lub zaburzenie uczenia się/rozwoju, który wymaga stałej opieki.		Tak * ☐	Nie ☐
Uzależnienie od narkotyków lub alkoholu wymagające leczenia w ciągu ostatnich 5 lat.		Tak * ☐	Nie ☐
POLE F – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:			
Powtarzające się w ciągu ostatnich 6 miesięcy problemy z plecami, które ograniczają moją codzienną aktywność.		Tak * ☐	Nie ☐
Operację pleców lub kręgosłupa w ciągu ostatnich 12 miesięcy.		Tak * ☐	Nie ☐
Cukrzyca, zarówno kontrolowana przez leki, jak i przez dietę, LUB cukrzyca ciążowa w ciągu ostatnich 12 miesięcy		Tak * ☐	Nie ☐
Nieskorygowaną przepuklinę, która ogranicza moje możliwości fizyczne.		Tak * ☐	Nie ☐
Aktywne lub nieleczone owrzodzenia, problematyczne rany lub chirurgiczne leczenie owrzodzeń w ciągu ostatnich 6 miesięcy.		Tak * ☐	Nie ☐
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 * ☐	Nie ☐
Odwodnienie wymagające interwencji medycznej w ciągu ostatnich 7 dni.		Tak * ☐	Nie ☐
Aktywne lub nieleczone wrzody żołądka lub jelita lub chirurgiczne leczenie wrzodów przewodu pokarmowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy.		Tak * ☐	Nie ☐
Częstą zgagę, regurgitację lub refluks żołądkowo-przełykowy (GERD).		Tak * ☐	Nie ☐
Aktywne lub niekontrolowane wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub chorobę Leśniowskiego-Crohna.		Tak * ☐	Nie ☐
Operację bariatryczną w ciągu ostatnich 12 miesięcy.		Tak * ☐	Nie ☐

* Wymagana ocena lekarza specjalisty. (patrz strona 1).

Imię i nazwisko Uczestnika

Data urodzenia

(drukowanymi literami)

Data (dd/mm/yyyy)

Medycyna nurkowa | Formularz oceny medycznej

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 przeprowadzanej oceny.

Wynik oceny medycznej:

- ☐ Zgoda - nie znajduję żadnych 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 Lekarza

Data (dd/mm/yyyy)

Imię i nazwisko Lekarza

(drukowanymi literami)

Specjalizacja

Przychodnia/Szpital

Adres

Nr telefonu

Email

Pieczęć Lekarza/Przychodni/Szpitala (opcjonalnie)

Opracowanie: [Diver Medical Screen Committee](#) we współpracy z:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (USA)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego



Imię

Nazwisko

Umieszczając tutaj moje imię i nazwisko, wyrażam zgodę na ponoszenie odpowiedzialności za treść tej strony.

Kodeks Odpowiedzialnego Nurka SSI

Nurkowanie jest przygodą, która wymaga użycia specjalistycznego sprzętu podtrzymującego życie w podwodnym środowisku, w którym ludzie inaczej nie mogliby istnieć. Podobnie jak w przypadku innych aktywności, nurkowanie zawiera elementy ryzyka, których nie można całkowicie wyeliminować bez względu na ilość treningu, opieki, ostrożności i wiedzy specjalistycznej. SSI wierzy, że ryzyko to można zmniejszyć stosując się do filozofii Diamentu Nurka SSI - rozwój odpowiedniej wiedzy, umiejętności, wyposażenia i doświadczenia. Ostatecznie do każdego nurka należy przyjęcie nieodłącznego ryzyka związanego z nurkowaniem z akwalungiem oraz odpowiedzialność każdego nurka za zminimalizowanie ryzyka poprzez zachowanie dobrej oceny sytuacji, zdrowego rozsądku, szacunku i osobistej świadomości podczas wszystkich czynności nurkowych. SSI opracowało Kodeks Odpowiedzialnego Nurka, który przypomina nurkom o twojej odpowiedzialności za każde nurkowanie.

Jako odpowiedzialny nurek - zobowiązuję się:

1. **NURKOWAĆ KOMPETENTNIE** - Nurkować zawsze w granicach swojego wyszkolenia, certyfikacji, doświadczenia, komfortu i możliwości.
2. **UTRZYMYWAĆ ODPOWIEDNI POZIOM ZDROWIA.** - Uwzględniając odpowiednią sprawność fizyczną, zdrowie psychiczne i świadomość psychiczną do nurkowania.
3. **REALIZOWAĆ PLAN NURKOWANIA** - Planować swoje nurkowanie i nurkować zgodnie z planem. Słuchać i postępować zgodnie z odprawą przed nurkowaniem.
4. **BYĆ ODPOWIEDZIALNYM PARTNEREM NURKOWYM** - Pozostać z moim partnerem nurkowym od początku do końca mojego nurkowania. Znać nasz plan na odnalezienie się w przypadku rozłączenia pod wodą.
5. **SPRAWDZAĆ MÓJ SPRZĘT NURKOWY** - Przed każdym nurkowaniem, sprawdzę swój sprzęt nurkowy i upewnię się, że działa prawidłowo. Potwierdzę, że zawory mojej butli są całkowicie otwarte. Przy stosowaniu różnych mieszanin oddechowych (np. Nitrox) - będę analizował swoje gazy i znał ich limity. Wyważę się poprawnie, będę wiedział, jak zrzucić swój balast zweryfikuję, czy mój kompensator pływalności (BC) i inflator są podłączone i działają poprawnie. Zabezpieczę mój manometr / głębokościomierz / lub komputer nurkowy w miejscu łatwo dostępnym i będę wiedział, jak z nich korzystać.
6. **ŚWIADOMOŚĆ NURKA** - Monitorować ciśnienie w butli; upewnić się, że wynurzę się do powierzchni z zachowaniem rezerwy gazu i nigdy nie pozostać bez gazu. Monitorować głębokość i czas, respektować limity bezdekompresyjne, wykonywać kontrolowane wynurzenie, przystanki bezpieczeństwa i monitorować mojego partnera nurkowego.
7. **UTRZYMYWAĆ BIEGŁE UMIEJĘTNOŚCI NURKOWE** - Rozumiem, że umiejętności nurkowe i wiedza są nietrwałe. Jeśli minęło ponad sześć miesięcy od ostatniego nurkowania, rozumiem, jak ważne jest wzięcie udziału w kursie Scuba Skills Update. Będę utrzymywał właściwą pływalność przez całe nurkowanie, wynurzał się powoli i oddychał prawidłowo, aby uniknąć obrażeń spowodowanych rozprężaniem się gazu.
8. **SZANOWAĆ ŚRODOWISKO** - Uważać na prądy, fale, widoczność, temperaturę, pogodę, ruch łodzi, śliskie, nierówne i niestabilne powierzchnie, przestrzenie zamknięte, zaplątania i niebezpieczne życie morskie. Rozumiem, że łódzie to niestabilne powierzchnie i zawsze będę się trzymać za pomocą jednej ręki. Rozumiem, jak ważne jest nurkowanie zapoznawcze z lokalnym profesjonalistą podczas nurkowania w nieznanym środowisku. Będę przestrzegać wszystkich zasad nurkowania oraz obowiązujących przepisów, ustaw i kodeksów.
9. **PLANOWAĆ NA WYPADEK SYTUACJI AWARYJNYCH** - Oprócz sprawdzenia całego mojego sprzętu do nurkowania, zweryfikuję, czy sprzęt mojego partnera nurkowego działa prawidłowo, jest odpowiednio skonfigurowany i czy wiem, jak zrzucić nasz balast w razie niebezpieczeństwa. Zadbam o to, aby nasze alternatywne źródła powietrza były odpowiednio zabezpieczone i łatwo dostępne na wypadek nagłego braku powietrza lub braku powietrza. Będę znać znaki nurkowe i jak ostrzec innych w razie niebezpieczeństwa. Będę miał plan działania awaryjnego na wypadek, gdyby mój partner nurkowy lub ja miał sytuację awaryjną.
10. **ZAAKCEPTOWAĆ ODPOWIEDZIALNOŚĆ** - Jestem ostatecznie odpowiedzialny za moje bezpieczeństwo podczas wszystkich nurkowań. Nieprzestrzeganie tych obowiązków zwiększy moje ryzyko poważnych obrażeń lub śmierci. Wypadki mogą się zdarzyć, nawet jeśli przestrzegane są wszystkie wytyczne bezpieczeństwa, dlatego powinienem uzyskać osobiste ubezpieczenie od nieszczęśliwego wypadku nurkowego.

Rozumiem znaczenie bycia odpowiedzialnym nurkiem i zobowiązuję się przestrzegać Kodeksu Odpowiedzialnego Nurka SSI. Rozumiem, że nieprzestrzeganie Kodeksu Odpowiedzialnego Nurka SSI zagrazi mojemu bezpieczeństwu i dobrobytowi.

Imię uczestnika (DRUKOWANYMI)

Podpis uczestnika

Data (DD/MM/RR)

Imię Rodzica lub Opiekuna (jeżeli ma zastosowanie)

Podpis rodzica / opiekuna (jeśli dotyczy)

Data (DD/MM/RR)