



Έντυπο εγγραφής συμμετεχόντων σε Try Scuba και Basic Diver

Όνομα	Επώνυμο:	Ηλικία: (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤΟΣ)
Διεύθυνση ταχυδρομείου		
Διεύθυνση email	Κινητό τηλ.	

Επικοινωνία έκτακτης ανάγκης

Όνομα:	Σχέση
Διεύθυνση email	Κινητό τηλ.

Privacy Policy

This Privacy Policy explains why SSI Training Centers obtain your personal data for the purposes of conducting your training, issuing certifications, administration of your private information and any other necessary specifics regarding the performance of this agreement.

By registering in MySSI, you are consenting to share your personal data: Name (First and Last), Address (Postbox), Postcode (Zip), City, State, Country, Email Address, Telephone Numbers (optional), Date of Birth, Photo, Language, Gender, SSI Master ID, Course Type, Course Progress and Certification Information (Name, SSI Training Center, Certifying Instructor, Year You Started Diving, Level of Experience, Number of Dives and Issue Date), plus your Training Center Affiliation.

By giving your consent, SSI Training Centers may subsequently access your personal data described above in order to identify you, verify or confirm the status of your training and certifications and to offer you continued training and services based on your diving experience.

For more information you may go to the SSI Privacy Policy at https://my.divessi.com/myssi_privacy.

Download the free MySSI App, available for iOS or Android! SSI designed the MySSI App to be that "All-In-One Tool" for your diving experiences and to give you access to your Digital Learning Materials, Digital Logbook and Digital Recognition Cards, all in the palm of your hand. There are a variety of features like news, local events, training dates, fun 360° videos and even dive tables and hand signals to review before your next dive.

my.divessi.com



MySSI App: iOS



MySSI App: Android





Ιατρική Βεβαίωση Καταδύσεων | Ερωτηματολόγιο Συμμετεχόντων

Οι καταδύσεις αναψυχής, αυτόνομης και ελεύθερης κατάδυσης απαιτούν καλή σωματική και ψυχική υγεία. Υπάρχουν μερικές ιατρικές καταστάσεις που μπορεί να επιφέρουν κίνδυνο στην υγεία κατά την κατάδυση, και αναφέρονται παρακάτω. Τα άτομα που πάσχουν, ή έχουν προδιάθεση, για κάποιες από τις παρακάτω καταστάσεις, θα πρέπει να αξιολογούνται από γιατρό. Το παρόν ερωτηματολόγιο συμμετοχής σε καταδύσεις παρέχει μια αρχική εκτίμηση για να εξακριβωθεί εάν θα πρέπει να επιδιώξετε αυτή την ιατρική εξέταση. Εάν έχετε οποιαδήποτε ανησυχία σχετικά με την σωματική σας επάρκεια κατά την διάρκεια της κατάδυσης ή οποία δεν αναφέρεται σε αυτό το ερωτηματολόγιο, συμβουλευτείτε το γιατρό σας πριν από οποιαδήποτε δραστηριότητα κατάδυση. Εάν αισθάνεστε άρρωστοι, αποφύγετε την κατάδυση. Αν νομίζετε ότι μπορεί να έχετε μια μεταδοτική ασθένεια, προστατεύστε τον εαυτό σας και τους άλλους με το να μην συμμετέχετε σε σχολεία κατάδυσης και/ή δραστηριότητες κατάδυσης. Οι αναφορές σε “καταδύσεις” σε αυτό το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνουν τόσο τις αυτόνομες καταδύσεις όσο και την ελεύθερη κατάδυση. Αυτό το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε κυρίως ως μια αρχική ιατρική εκτίμηση για τους νέους δύτες, αλλά είναι εξίσου κατάλληλη για τους δύτες που συνεχίζουν την εκπαίδευσή τους. Για την ασφάλειά σας, αλλά και για την ασφάλεια των ατόμων που καταδύονται μαζί σας, σας παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια.

Οδηγίες

Συμπληρώστε αυτό το ερωτηματολόγιο ως προϋπόθεση για να συμμετάσχετε σε αυτόνομη ή ελεύθερη κατάδυση.

Σημείωση για τις γυναίκες: Εάν είστε έγκυος, ή προσπαθείτε να μείνετε έγκυος, μην συμμετάσχετε σε δραστηριότητες κατάδυσης.

1	Είχα προβλήματα με τους πνεύμονές μου / την αναπνοή, την καρδιά, το αίμα, ή είχα διαγνωστεί με COVID-19	Ναι ☐ Κατηγορία A	Όχι ☐
2	Είμαι άνω των 45 ετών	Ναι ☐ Κατηγορία B	Όχι ☐
3	Μου είναι σωματικά δύσκολο να εκτελέσω μια μέτριας έντασης άσκηση (για παράδειγμα, περπάτημα για 1,6 χιλιόμετρα ή ένα μίλι σε 14 λεπτά ή συνεχόμενη κολύμβηση για 200 μέτρα), ή δεν είμαι σε θέση να συμμετάσχω σε σωματικές δραστηριότητες λόγω κακής φυσικής κατάστασης ή λόγω υγείας κατά τους τελευταίους 12 μήνες.	Ναι ☐ Κατηγορία C	Όχι ☐
4	Είχα προβλήματα με τα μάτια μου, αυτά, μύτη/γυμνότητα	Ναι ☐ Κατηγορία C	Όχι ☐
5	Έχω χειρουργηθεί τους τελευταίους 12 μήνες, ή έχω συνεχόμενα προβλήματα / επιπλοκές από παλαιότερα χειρουργεία.	Ναι ☐ Κατηγορία D	Όχι ☐
6	Έχω χάσει τις αισθήσεις μου, είχα πονοκεφάλους ή ημικρανίες, επιληπτικές κρίσεις, εγκεφαλικό επεισόδιο, σημαντικό τραυματισμό στο κεφάλι, ή πάσχω από κάποια νευρολογική βλάβη ή ασθένεια.	Ναι ☐ Κατηγορία D	Όχι ☐
7	Αυτή την περίοδο υποβάλλομαι σε κάποια θεραπεία (ή χρειάστηκε να λάβω κάποια συστηματική θεραπεία κατά την διάρκεια των τελευταίων 5 ετών) για ψυχολογικά νοσήματα, διαταραχή της προσωπικότητας, κρίσεις πανικού, ή για τον εθισμό στα ναρκωτικά ή το αλκοόλ ή, έχω διαγνωστεί με μαθησιακές δυσκολίες	Ναι ☐ Κατηγορία E	Όχι ☐
8	Είχα προβλήματα με την μέση, κήλες, έλκη, ή διαβήτη	Ναι ☐ Κατηγορία F	Όχι ☐
9	Είχα προβλήματα με το στομάχι ή στο έντερο, συμπεριλαμβανομένου και κάποιας πρόσφατης διάρροιας.	Ναι ☐ Κατηγορία G	Όχι ☐
10	Παίρνω συνταγογραφούμενα φάρμακα (με εξαίρεση τα αντισυλληπτικά ή τα φάρμακα κατά της ελονοσίας εκτός από την μεφλοκίνη (Lariam)).	Ναι ☐ Κατηγορία G	Όχι ☐

Υπογραφή Συμμετέχοντα

Εάν απαντήσατε ΟΧΙ και στις 10 παραπάνω ερωτήσεις, δεν απαιτείται ιατρική εξέταση. Παρακαλούμε διαβάστε και συμφωνήστε με τη δήλωση συμμετέχοντα παρακάτω βάζοντας την υπογραφή σας και την ημερομηνία.

Δήλωση συμμετέχοντα: Έχω απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια, και καταλαβαίνω ότι αναλαμβάνω την ευθύνη για τυχόν συνέπειες που προκύπτουν από οποιαδήποτε ερωτήσεις που μπορεί να έχω απαντήσει ανακριβώς ή για την αποτυχία μου να αποκαλύψω τυχόν υπάρχουσες ή προηγούμενες καταστάσεις ή παθήσεις.

Υπογραφή συμμετέχοντα (ή, εάν απαιτείται υπογραφή γονέα/κηδεμόνα του συμμετέχοντα)

Ημερομηνία (dd/mm/yyyy)

Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντα

Ημερομηνία Γέννησης (dd/mm/yyyy)

Ονοματεπώνυμο Εκπαιδευτή

Επωνυμία Κέντρου Κατάδυσης

*** Εάν απαντήσατε ΝΑΙ** στις ερωτήσεις 3, 5 ή 10 ή σε οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις στη σελίδα 2, παρακαλούμε διαβάστε και να συμφωνήσετε με την παραπάνω δήλωση υπογράφοντας και βάζοντας την σημερινή ημερομηνία **και παραδώστε και τις τρεις σελίδες αυτού του ερωτηματολογίου (Ερωτηματολόγιο Συμμετεχόντων και Έντυπο Αξιολόγησης του Ιατρού) στο γιατρό σας** για ιατρική αξιολόγηση. **Η συμμετοχή σας σε δραστηριότητες κατάδυσης απαιτεί την έγκριση του γιατρού σας.**

Ιατρική Βεβαίωση Καταδύσεων | Ερωτηματολόγιο Συμμετεχόντων (συνέχεια)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α – ΕΧΩ / ΕΙΧΑ :		
Χειρουργείο θώρακος, καρδιάς, βαλβίδες, μπαλονάκι (στεφανιαίο stent), ή πνευμοθώρακα	Nai ☐	Όχι ☐
Άσθμα, συριγμό, σοβαρή αλλεργία, πυρετός του χόρτου, αποφρακτική πνευμονοπάθεια τους τελευταίους 12 μήνες τα οποία μειώνουν τα επίπεδα σωματικής επάρκειας και άσκησης	Nai ☐	Όχι ☐
Πρόβλημα ή ασθένεια που σχετίζεται με την καρδιά όπως: στηθάγχη, πόνος στο στήθος κατά την δραστηριότητα ή άσκηση, καρδιακή ανεπάρκεια, οξύ πνευμονικό οίδημα, έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, ή λαμβάνω φαρμακευτική αγωγή για κάποια πάθηση της καρδιάς	Nai ☐	Όχι ☐
Επαναλαμβανόμενες βρογχίτιδες και συχνός βήχας κατά τους τελευταίους 12 μήνες, ή διαγνωστεί με εμφύσημα	Nai ☐	Όχι ☐
Διαγνωστεί με τον COVID-19.	Nai ☐	Όχι ☐
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β – ΕΙΜΑΙ ΑΝΩ ΤΩΝ 45 ΕΤΩΝ ΚΑΙ:		
Καπνίζω καπνό ή ατμίζω προϊόντα που περιέχουν νικοτίνη	Nai ☐	Όχι ☐
Έχω υψηλά επίπεδα χοληστερίνης στο αίμα	Nai ☐	Όχι ☐
Έχω υψηλή πίεση (υπέρταση)	Nai ☐	Όχι ☐
Είχα συγγενή πρώτου βαθμού που πέθανε ξαφνικά από ασθένεια του καρδιαγγειακού, ή εγκεφαλικό επεισόδιο πριν την ηλικία των 50 ετών, ή έχω οικογενειακό ιστορικό από ασθένειες του καρδιαγγειακού πριν την ηλικία των 50 ετών (περιλαμβανομένου αρρυθμίες, στεφανιαία νόσο, ή καρδιομυοπάθειες)	Nai ☐	Όχι ☐
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Γ – ΕΧΩ / ΕΙΧΑ:		
Χειρουργείο στα ιγμόρεια ή/και τους παραρρίνιους κόλπους	Nai ☐	Όχι ☐
Παθήσεις του ωτός (αυτίου), χειρουργείο αυτίου, χάσιμο της ακοής, ή προβλήματα με την ισορροπία	Nai ☐	Όχι ☐
Επαναλαμβανόμενη ιμμοριτίδα μέσα στους τελευταίους 12 μήνες	Nai ☐	Όχι ☐
Χειρουργείο στα μάτια μέσα στους τελευταίους 3 μήνες	Nai ☐	Όχι ☐
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ - ΕΧΩ / ΕΙΧΑ:		
Κρανιοεγκεφαλική κάκωση με απώλεια αισθήσεων μέσα στα τελευταία 5 χρόνια	Nai ☐	Όχι ☐
Επιμένοουσα νευρολογική κάκωση ή ασθένεια	Nai ☐	Όχι ☐
Επαναλαμβανόμενη ημικρανία/πονοκέφαλος μέσα στους τελευταίους 12 μήνες ή λήψη προληπτικής φαρμακευτικής αγωγής	Nai ☐	Όχι ☐
Συγκοπή ή λιποθυμία (ολική ή μερική απώλεια συνείδησης) μέσα στα τελευταία 5 χρόνια	Nai ☐	Όχι ☐
Επιληψία, επιληπτικές κρίσεις, ή σπασμοί ή λήψη προληπτικής φαρμακευτικής αγωγής	Nai ☐	Όχι ☐
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Ε - ΕΧΩ / ΕΙΧΑ:		
Προβλήματα συμπεριφορικής υγείας, ψυχικά ή ψυχολογικά προβλήματα που απαιτούν ιατρική/ψυχιατρική θεραπεία	Nai ☐	Όχι ☐
Μειζονα κατάθλιψη, αυτοκτονικός ιδεασμός, κρίσεις πανικού, ανεξέλεγκτη διπολική διαταραχή που απαιτεί φαρμακευτική αγωγή/ψυχιατρική θεραπεία	Nai ☐	Όχι ☐
Διαγνωστεί με κάποια ψυχική νόσο ή μια μαθησιακή / αναπτυξιακή διαταραχή που απαιτεί συνεχή φροντίδα	Nai ☐	Όχι ☐
Εθισμό στα ναρκωτικά ή το αλκοόλ που απαιτεί θεραπεία μέσα στα τελευταία 5 χρόνια	Nai ☐	Όχι ☐
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΣΤ - ΕΧΩ / ΕΙΧΑ:		
Επαναλαμβανόμενα προβλήματα με την μέση τους τελευταίους 6 μήνες που περιορίζουν την καθημερινή μου δραστηριότητα	Nai ☐	Όχι ☐
Χειρουργική επέμβαση στην μέση ή στην σπονδυλική στήλη εντός των τελευταίων 12 μηνών	Nai ☐	Όχι ☐
Ο διαβήτης, είτε ελέγχεται από φάρμακα είτε από δίαιτα, ή διαβήτης κύησης εντός των τελευταίων 12 μηνών	Nai ☐	Όχι ☐
Μια μη-χειρουργημένη / διορθωμένη κήλη που περιορίζει τις σωματικές μου ικανότητες/δραστηριότητες	Nai ☐	Όχι ☐
Ενεργά ή μη θεραπευμένα έλκη, ανοιχτά τραύματα/πληγές ή χειρουργική επέμβαση έλκους εντός των τελευταίων 6 μηνών	Nai ☐	Όχι ☐
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Ζ - ΕΧΩ / ΕΙΧΑ:		
Κάνει χειρουργική επέμβαση στομίας (παρά φύση έδρα) και δεν έχω ιατρική έγκριση για να κολυμπήσω ή να συμμετάσχω σε σωματική δραστηριότητα	Nai ☐	Όχι ☐
Αφυδάτωση που απαιτήσει ιατρική παρέμβαση εντός των τελευταίων 7 ημερών.	Nai ☐	Όχι ☐
Ενεργά ή μη θεραπευμένα στομαχικά ή εντερικά έλκη ή χειρουργική επέμβαση έλκους εντός των τελευταίων 6 μηνών	Nai ☐	Όχι ☐
Συχνή καούρα, παλινδρόμηση, ή γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση	Nai ☐	Όχι ☐
Ενεργός ή ανεξέλεγκτη ελκώδης κολίτιδα ή νόσος του Crohn	Nai ☐	Όχι ☐
Βαριατρική χειρουργική επέμβαση μέσα στους τελευταίους 12 μήνες.	Nai ☐	Όχι ☐

Ιατρική Βεβαίωση Καταδύσεων | Έντυπο Αξιολόγησης Ιατρού

Το παραπάνω πρόσωπο ζητά τη γνώμη σας για την ιατρική του καταλληλότητα να συμμετάσχει σε ψυχαγωγικές ή αθλητικές δραστηριότητες αυτόνομης ή ελεύθερης κατάδυσης. Παρακαλούμε επισκεφθείτε το www.uhms.org για ιατρική καθοδήγηση σχετικά με τις ιατρικές καταστάσεις που σχετίζονται με τις καταδύσεις. Εξετάστε τους τομείς που σχετίζονται με τον ασθενή σας στο πλαίσιο της αξιολόγησής σας.

Αποτελέσματα Αξιολόγησης

- ☐ Εγκρίθηκε - Δεν βρίσκω παθολογικές καταστάσεις που θεωρώ ασυμβίβαστες με δραστηριότητες αναψυχής που σχετίζονται με την αυτόνομη ή ελεύθερη κατάδυση.
- ☐ Δεν Εγκρίθηκε - Βρίσκω παθολογικές καταστάσεις που θεωρώ ασυμβίβαστες με δραστηριότητες αναψυχής που σχετίζονται με την αυτόνομη ή ελεύθερη κατάδυση.

Υπογραφή Ιατρού

(dd/mm/yyyy)

Όνοματεπώνυμο Ιατρού

Ειδικότητα

Ιατρείο / Κλινική / Νοσοκομείο

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

Email

Υπογραφή Ιατρού/Κλινικής (Σφραγίδα προαιρετική)

Δημιουργήθηκε από την Επιτροπή Ιατρικής Αξιολόγησης Δυτών
([Diver Medical Screen Committee](#)) σε συνεργασία με τους ακόλουθους φορείς:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe