

ВЪПРОСНИК

към

кандидатите за участие в курсове на “ОХО Тим” – ДАРСС ООД, София

Моля, попълнете приложения въпросник. Тази информация ще спомогне на Вас или Вашето дете да бъде оказана навременна и адекватна помощ от инструктора, Планинска спасителна служба, служба “Водно спасяване” или медицински екип в случай на заболяване, криза или злополука.

Участник:

трите имена

ЕГН:

адрес:

телефон

Данни за родителя:

трите имена

адрес:

телефон

Лице за връзка:

трите имена

адрес:

телефон

Страдате ли от някоя от изброените по-долу болести? В случай, че отговора е “да” опишете я на оставеното за тази цел място.

1. хронични заболявания на дихателните пътища

2. смущения в дейността на сърдечно-съдовата система

3. заболявания на сърдечно-съдовата система,
установени с лекарска диагноза

4. заболявания на опорно-двигателния апарат

-
- 5. повишено кръвно налягане
 -
 - 6. епилепсия или други припадъци
 -
 - 7. диабет
 -
 - 8. гастроентерологични заболявания
 -
 - 9. заболявания на бъбреците
 -
 - 10. имате ли непоносимост към медикаменти и към кои точно
 -
 - 11. други хронични заболявания
 -

Моля посочете дали Вие или Вашето дете страдате от някоя от изброените алергии:

- към слънчево лъчение
- към треви, семена от треви и дървета /сенна хрема/
- към прах
- към морска вода
- към ухапвания от насекоми
- към храни
- моля посочете храните:*
- към лекарства
- моля посочете лекарствата:*
- други алергии:
-

В случай на алергичен шок:

наблюдавани реакции на организма:

.....

приемани медикаменти и дозировка:

.....

Получавали ли сте в миналото някое от посочените по-долу наранявания? Ако отговора е "да" опишете го на оставеното за тази цел място.

Имате ли травми, довели до разкъсване на
коленни, глезенни или раменни връзки

...

Имате ли наранявания на гръбначния стълб,
гръдния кош или ключиците

...

Моля, посочете лекарствата, които Вие или Вашето дете употребявате при висока температура

.....
.....

Ако на Вас или Вашето дете се налага да приемате ежедневно лекарства моля, посочете имената им и дневната дозировка

.....
.....

.....

Моля, посочете имате ли отклонения от нормалното зрение:

Късогледство

Далекогледство

Астигматизъм

Влошено зрение на тъмно

Изпитвате ли страх от:

Височини

Затворени или тесни пространства

Декларирам, че всички предоставени в този въпросник данни отговарят на истината

.....

дата

/

Подпис:

/

име и фамилия

Непопълването на настоящия въпросник е основание да бъде отказано на Вас или Вашето дете участие в курсовете на "OXO Тим" Инструкторите и ръководството на "OXO тим" си запазват правото да откажат участие при усложнено здравословно състояние на кандидатите.

Всички предоставени данни ще бъдат използвани единствено и само за преценка на здравословното състояние на кандидатите. Училище "OXO Тим" и "ДАРСС" ООД, София декларират, че изнесената информация няма да бъде предоставяна на трети лица по какъвто и да било повод.