

Egenerklæring - Statement to be completed by the diver

Etternavn
Surname

Alle fornavn
Forename(s)

Fødselsnummer
Personal code number

Adresse
Address
Tlf./mobile

Nasjonalitet
Nationality

Arbeidsgiver
Present employer

Tar du tabletter, sprøyter eller annen form for medisin nå?
Are you taking any drugs, injections, medicines or tablets now?

Nei/no

Ja/yes

Hvilke?
Which

Har du hatt følgende sykdommer ? (sett kryss i ruten som passer)
Have you suffered from the following diseases ? (make a check mark)

Nei/ No **Ja/ yes** **Når -ÅR when -year**

Lungesykdommer, herunder lungetuberkulose, brysthinnebetennelse, lungetennelse og bronkitt
Diseases of the lung, including tuberculosis, pleuritis, pneumonia and bronchitis

Pneumothorax (hull på lungen) - Pneumotorax (collapsed lung)

Brystskader/brystkirurgi - Chest injuri / chest surgery

Ørebetennelse, bihulebetennelse - Ear infections, sinusitis

Blodig oppspytt, gjentatt neseblødning - Spitting of blood, recurrent nose bleed

Høysnue eller andre allergier - Hay fever or other allergies

Astma - Asthma

Giktfeber - Rheumatic fever

Hjertesykdom, høyt blodtrykk - Heart disease or high blood pressure

Sukkersyke, sukker i urinen - Diabetes or sugar in urine

Fordøyelsesplager, herunder magesår - Indigestion, including ulcers

Avføringsvansker, hemorroide - Bowel trouble, piles

Leddsykdom eller dårlig rygg herunder lumbago og ischias -
Back or joint trouble, including lumbago and sciatica

Krampeanfall, besvimelser - Fits, black outs

Svimmelhet, hodepine eller migrene - Giddiness, headache or migraine

Alkoholproblem, narkotikamisbruk - Addiction to alcohol or drugs

Alvorlige skader, hjernerystelse - Serious injury, concussion

Hudsykdom - Skin disease

Nervøse plager, sammenbrudd eller angst - *Nervous complains, breakdown or fear*

Sinnslidelser (behandlet av psykiater) - *Mental disturbances (treated by psychiatrist)*

Har du hatt operasjoner eller vært innlagt på sykehus?

Have you received surgical treatment or been admitted to hospital?

 nei/no ja/yes

Hvis ja, når?
If Yes, when

Hvor?
Where?

For hva
For what?

Blir du lett sjøsyk?

Do you easily get seasick

 nei/no ja/yes

Har du hatt trykkfallsyke

Have you suffered from decompression sickness?

 nei/no ja/yes

Er du redd for høyde, lukket rom eller mørke?

Are you afraid of heights, confines spaces or darkness?

 nei/no ja/yes

Hvis JA, hva?

If YES, which?

Hvor fikk du opplæring som dykker?

Where did you do your basic diver training?

År?

year?

Jeg har utført følgende dykking siste år:

My diving experience during the past year:

Hjelmdykking, luft - antall dykk pr mnd (gj snt)
Standard hard hat, air - no. dives pr month (average)

Største dybde - meter
Maximum depth - meter

Annen luftdykking - antall dykk pr mnd (gj snt)
Other air diving - no. dives pr month (average)

Største dybde - meter
Maximum depth - meter

Dypdykking med blandingsgass - antall dykk pr mnd
Mixed gas deep diving - no. dives pr month (average)

Størst dybde - meter
Maximum depth - meter

Metningsdykking - antall døgn
Saturation diving - number of days

Døgn
days

Største dybde - meter
Maximum depth - meter

Har du vært utsatt for uhell under dykking siste året?

Have you been involved in any diving accident the past year?

 nei/no ja/yes

Har du vært behandlet av lege det siste året?

Have you been treated by a doctor the past year?

 nei/no ja/yes

For hva?

If "yes", why?

Tar du tabletter, sprøyter eller annen form for medisin nå?
Are you taking any drugs, injections, medicines or tablets now?

 nei/no ja/yes

Hvilke?
Which?

Røyker du / *do you smoke?*

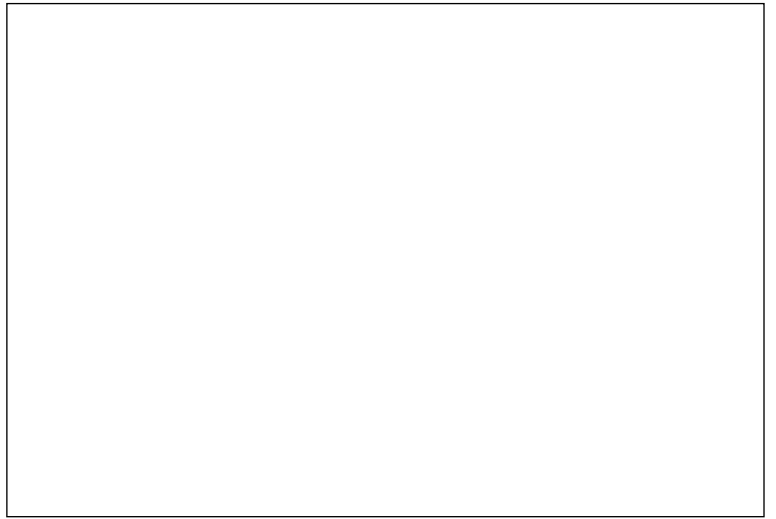
 nei/ no ja/ yes

Regelmessig fysisk aktivitet/ *regular physical exercise?*

 nei/ no ja/ yes

Nærmere opplysninger om sykdom eller skade

Further informations og illness or injuri mentioned above



Jeg erklærer at ovenstående opplysninger er riktige og fullstendige. Jeg samtykker i at opplysninger om tidligere sykdommer om nødvendig kan innhentes fra trygdekontor, lege, sykehus eller annen helseinstitusjon.

I declare that the informasjon given above is correct. I consent to informatiom concerning previous illness being obtained from national insurance office, doctors, hospitals or any other health institution.

Dato/date



Dykkers underskrift
Divers signature

