

Egenerklæring - Statement to be completed by the diver

Etternavn Alle fornavn Fødselsnummer
 Surname Forename(s) Personal code number

Adresse Nasjonalitet Arbeidsgiver
 Address Nationality Present employer
 Tlf./mobile

Tar du tabletter, sprøyter eller annen form for medisin nå? Nei/no Ja/yes
 Are you taking any drugs, injections, medicines or tablets now?

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 <i>Diseases of the lung, including tuberculosis, pleuritis, pneumonia and bronchitis</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Pneumothorax (hull på lungen) - <i>Pneumotorax (collapsed lung)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Brystskader/brystkirurgi - <i>Chest injuri / chest surgery</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Ørebetennelse, bihulebetennelse - <i>Ear infections, sinusitis</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Blodig oppspytt, gjentatt neseblødning - <i>Spitting of blood, recurrent nose bleed</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Høysnue eller andre allergier - <i>Hay fever or other ellergies</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Astma - <i>Asthma</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Giktfeber - <i>Rheumatic fever</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Hjertesykdom, høyt blodtrykk - <i>Heart disease or high blood pressure</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Sukkersyke, sukker i urinen - <i>Diabetes or sugar in urine</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Fordøyelsesplager, herunder magesår - <i>Indigestion, including ulcers</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Avføringsvansker, hemorroide - <i>Bowel trouble, piles</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Leddsykdom eller dårlig rygg herunder lumbago og ischias - <i>Back or joint trouble, including lumbago and sciatica</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Krampeanfall, besvimelser - <i>Fits, black outs</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Svimmelhet, hodepine eller migrene - <i>Giddiness, headache or migraine</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Alkoholproblem, narkotikamisbruk - <i>Addiction to alcohol or drugs</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Alvorlige skader, hjernerystelse - <i>Serious injury, consussion</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Hudsykdom - <i>Skin disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

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, confined 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