

LASKUVARJOHYPPÄÄJÄN TERVEYDENTILAVAKUUTUS

(luottamuksellinen; vain koulutusorganisaation käyttöön)

Hyppääjän nimi ja syntymäaika: _____

(lisäksi lääkärintodistus yli 50-vuotialta)

Onko teillä todettu seuraavia sairauksia, vammoja tai rajoituksia (kyllä / ei / en tiedä)?

1. Sydänsairauksia (esim. rytmihäiriöitä, synnynnäinen sydänvika, verenpainetauti, rintakipu, sepelvaltimotauti)

kyllä ei en tiedä

2. Hengityselinsairauksia (esim. keuhkolaajentuma, astma, ilmarinta, toistuvat poskiontelotulehdukset, tuberkuloosi)

kyllä ei en tiedä

3. Tajunnanhäiriöitä (esim. selittämättömät tai toistuvat huimaukset, kouristukset, epilepsia)

kyllä ei en tiedä

4. Insuliinihoitoinen diabetes

kyllä ei en tiedä

5. Nivelten sijoiltaanmenoja, alle vuoden vanhoja luunmurtumia tai toiminnan

rajoituksia (lukuun ottamatta luunmurtumat ja vammat, jotka lääkärintarkastuksessa on todettu täysin parantuneiksi)

kyllä ei en tiedä

6. Säännöllinen lääkärin määräämä lääkitys (kaikki "kolmiolääkkeet", psyykelääkkeet jne. lukuun ottamatta e-pillereitä, tulehduskipulääkkeet, ihotauti- ja allergialääkkeet, antibiootit tai muut lääkkeet, jotka hoitavan lääkärin mukaan eivät ole este laskuvarjo-
hypyille, jolloin on esitettävä hoitavan lääkärin lausunto soveltuvuudesta laskuvarjohypyille)

kyllä ei en tiedä

7. Näkökykyä haittaavia sairauksia

kyllä ei en tiedä

8. Näöntarkkuus

Oppilaalla silmien yhteisnäön tulee olla 1.0 tai parempi. Vähintään C-luokan kelpoisuustodistuksen omaavan hyppääjän silmien yhteisnäön tulee olla 0.8 tai parempi. Molempien silmien yhteisen näkökentän tulee olla normaali. Hyppääjän tulee kyetä lukemaan normaalikokoista tekstiä 30 cm etäisyydeltä. Mikäli näiden vaatimusten saavuttaminen vaatii silmä- tai piilolaseja, on niitä käytettävä hypätessä.

Minun on käytettävä silmä- tai piilolaseja edellä mainittujen näkövaatimusten saavuttamiseksi:

kyllä ei

Vakuutan, että antamani tiedot pitävät paikkansa. Sitoudun hankkimaan terveydentilaani koskevan lääkärintodistuksen ja antamaan terveydentilastani tietoja, mikäli antamani tiedot muuttuvat tai jos koulutusorganisaatio sitä vaatii.

Paikka

Päiväys

Allekirjoitus

Paikka

Päiväys

Holhoojan allekirjoitus (alle 18-vuotialta)

Holhoojan nimen selvennys ja puhelinnumero

Onnettomuustilanteessa ilmoittakaa seuraavalle henkilölle: _____

Nimi ja puhelinnumero

LÄÄKÄRINTODISTUKSEN TARKASTUS (tarvittaessa ja yli 50-vuotialta)

Lääkärintodistus päivätty ____ . ____ . ____ Lääkärin nimi ja SV-numero _____

Kerho

Päiväys

KP / AKP / (A- tai B-luokan oppilas myös HM)