

# LASKUVARJOHYPPÄÄJÄN TERVEYDENTILAVAKUUTUS

(luottamuksellinen; vain koulutusorganisaation tarkastettavaksi)

Hyppääjän nimi ja ikä tarkastushetkellä: \_\_\_\_\_ vuotta  
(Huom. lääkärintodistus 60 vuotta täyttäneiltä)

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, tulehduskipulääkkeitä, ihotauti- ja allergialääkkeitä, antibiootteja tai muita lääkkeitä, jotka hoitavan lääkärin mukaan eivät ole este laskuvarjo-  
hypyille)  
kyllä  ei  en tiedä

**7. Näkökykyä haittaavia sairauksia**  
kyllä  ei  en tiedä

## 8. Näöntarkkuus

Oppilaiden yhteisnäön tulee olla 1.0 tai parempi. Vähintään A-lisenssin omaavan hyppääjän 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  en tiedä

Vakuutan, että antamani tiedot pitävät paikkansa. Sitoudun antamaan uuden terveydentilavakuutuksen, jos antamani tiedot muuttuvat. Toimitan myös terveydentilaani koskevan lääkärintodistuksen tai annan terveydentilastani tietoja, mikäli koulutusorganisaatio sitä vaatii.

Paikka \_\_\_\_\_ Päiväys \_\_\_\_\_ Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Paikka \_\_\_\_\_ Päiväys \_\_\_\_\_ Holhoojan allekirjoitus (alle 18-vuotiailta) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Holhoojan nimen selvennys ja puhelinnumero

## TERVEYDENTILAVAKUUTUKSEN TARKASTUS

**HYPPYKELPOINEN:** kyllä  ei  pitää käydä lääkärissä

Organisaatio \_\_\_\_\_ Päiväys \_\_\_\_\_ KP / AKP / PLHM tai NHM \_\_\_\_\_