

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", psykelääkkeet jne. lukuun ottamatta e-pillereit, tulehduskipulääkkeet, ihotauti- ja allergialääkkeet, antibiootit tai muut lääkkeet, jotka hoitavan lääkärin mukaan eivät ole este laskuvarjohypyille)
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 _____