

## Egenerklæring for yrkesdykkere / Statement to be completed by occupational divers

Etternavn  Surname  Alle fornavn  First name(s)  Fødselsnummer  Date of birth

Adresse /  Address  Tlf. nr.  Tel. no.  Nasjonalitet  Nationality   
Arbeidsgiver  Employer

### Har du hatt følgende sykdommer?

*Have you suffered from the following diseases?*

	Nei/ No	Ja/ Yes	Årstall / Year
Nedsatt syn eller synsfelt / <i>Reduced vision or field of vision</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Nedsatt hørsel / <i>Impaired hearing</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Lungesykdommer, lungetuberkulose, brysthinnebetennelse, lungebetennelse 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>Pneumothorax (collapsed lung)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Brystskader, brystkirurgi / <i>Chest injury, 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 allergies</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, brystmerter, høyt blodtrykk / <i>Heart disease, chest pain, high blood pressure</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Hjerneinfarkt, hjerneblødning, drypp (TIA), forbigående synstap / <i>Ischemic stroke, brain haemorrhage, drip (TIA), transient loss of vision</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Blodpropp / <i>Blood clot or thrombosis</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Diabetes, sukker i urinen / <i>Diabetes or sugar in urine</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Fordøyelsesplager, halsbrann, magesår / <i>Indigestion, heartburn, ulcers</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Avføringsvansker, hemorroider / <i>Bowel trouble, piles</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Redusert førlighet, smerter i muskler og ledd / <i>Reduced mobility, pain in muscles and joints</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Krampeanfoll, 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"/>
Alvorlige skader, hjernerystelse / <i>Serious injury, concussion</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

**Har du hatt følgende sykdommer?**
*Have you suffered from the following diseases?*

 Hudsykdom / *Skin disease*
**Nei/ Ja/ Årstall /**  
**No Yes Year**
  

 Kroniske infeksjoner eller bærertilstander (Tuberkulose, HIV, hepatitt, salmonella, etc) /  
*Chronic infections or carrier states (Tuberculosis, HIV, hepatitis, salmonella, etc)*
  

 Psykiske lidelser som angst, depresjon, ADHD, Asperger, psykose /  
*Psychological disorders such as anxiety, depression, ADHD, Asperger's, psychosis*
  

 Tannproblemer / *Dental problems*
  
**Generell helse og velvære /**

General health and wellbeing

**Nei/ Ja/**  
**No Yes**

 Har du vært sykmeldt mer enn 2 uker det siste året? /  
*Have you been on sick leave more than 2 weeks the past year?*
 

 Har du vært behandlet av lege eller innlagt på sykehus de siste 2 år? /  
*Have you been treated by a doctor or hospitalized the last 2 years?*
 

 Blir du lett sjøsyk? *Do you easily get seasick?*
 

 Har du hatt trykkfallsyke / *Have you suffered from decompression sickness?*
 

 Er du redd for høyde, lukket rom eller mørke? / *Are you afraid of heights, confines spaces or darkness?*
 

 Er du i regelmessig fysisk aktivitet / *Do you get regular physical exercise?*
 

 Røyker du tobakk? / *Do you smoke tobacco?*
 

 Har du brukt narkotiske stoffer eller illegale medikamenter (hasj, piller, etc) siste 12 mnd? /  
*Did you use any narcotics or other illegal substances during (hashish, pills, etc) last 12 months?*
 

 Antall alkoholenheter en vanlig uke / *Units of alcohol a typical week*  under 12  12 - 21  over 21

**Opplysninger om dine dykkeaktiviteter /**

Information regarding your diving activities

 Hvor fikk du opplæring som dykker? /  
*Where did you do your basic diver training?*


 Årstall / *Year*


 Jeg har utført følgende dykking siste 12 måneder: /  
*My diving experience during the past 12 months:*

 Største dybde i meter /  
 Maximum depth in meters

*Hjelmdykking, luft: antall dykk pr mnd (gj.sn.) /*  
*Standard hard hat, air: no. of dives per month (average)*


*Annen luftdykking: antall dykk pr mnd (gj.sn.)*  
*Other air diving: no. of dives per month (average)*


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


*Metningsdykking: antall døgn siste 12 måneder*  
*Saturation diving: number of days past 12 months*

**Nei/ Ja/  
No Yes**

Har du vært utsatt for uhell under dykking siste året?  
*Have you been involved in any diving accident the past year?*

Har en lege noen gang konkludert med at du er uskikket for dykking? /  
*Has a doctor ever concluded that you are unfit for diving?*

Nærmere  
opplysninger om  
sykdom eller  
skade:

*Further  
information of  
illnesses or  
injuries:*

Medisinbruk siste  
12 måneder:

*Medication use  
past 12 months:*

Fastlege (navn og  
adresse) /

*Family doctor (GP)  
(name and  
address)*

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

*I declare that the information given above is correct. I consent to information concerning previous illness being obtained from offshore health services, insurance companies, doctors, hospitals or any other health institution.*

Dato/date

Dykkers underskrift  
*Divers signature*