

**Egenerklæring - Statement to be completed by the diver**

Etternavn  
Surname

Alle fornavn  
Forename(s)

Fødselsnummer  
Personal code number

Adresse  
Address  
Tlf./mobile

Nasjonalitet  
Nationality

Arbeidsgiver  
Present employer

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

**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  
Diseases of the lung, including tuberculosis, pleuritis, pneumonia and bronchitis

          

Pneumothorax (hull på lungen) - Pneumotorax (collapsed lung)

          

Brystskader/brystkirurgi - Chest injuri / chest surgery

          

Ørebetennelse, bihulebetennelse - Ear infections, sinusitis

          

Blodig oppspytt, gjentatt neseblødning - Spitting of blood, recurrent nose bleed

          

Høysnue eller andre allergier - Hay fever or other allergies

          

Astma - Asthma

          

Giktfeber - Rheumatic fever

          

Hjertesykdom, høyt blodtrykk - Heart disease or high blood pressure

          

Sukkersyke, sukker i urinen - Diabetes or sugar in urine

          

Fordøyelsesplager, herunder magesår - Indigestion, including ulcers

          

Avføringsvansker, hemorroide - Bowel trouble, piles

          

Leddsykdom eller dårlig rygg herunder lumbago og ischias -  
Back or joint trouble, including lumbago and sciatica

          

Krampeanfall, besvimelser - Fits, black outs

          

Svimmelhet, hodepine eller migrene - Giddiness, headache or migraine

          

Alkoholproblem, narkotikamisbruk - Addiction to alcohol or drugs

          

Alvorlige skader, hjernerystelse - Serious injury, concussion

          

Hudsykdom - Skin disease

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*