

LASKUVARJOHYPPÄÄJÄN TERVEYDENTILAVAKUUTUS

(Luottamuksellinen, vain koulutusorganisaation käyttöön)

Hyppääjän nimi, paino ja syntymäaika: _____ kg ___/___/___

(lääkärintodistus yli 65-vuotialta)

SAIRAUDET TAI VAMMAT, JOTKA VOIVAT ESTÄÄ LASKUVARJOHYPPÄÄMISEN

1 Sydänsairaudet tai verenkiertoelimistön sairaudet (Esimerkiksi rytmihäiriöt, tahdistin tai rytmivalvuri, synnynnäinen sydänvika, huonossa tasapainossa oleva verenpainetauti (verenpainetaso >160/85), rintakipu, sepelvaltimotauti, hoitamaton verisuonipullistuma/aneurysma missä tahansa verisuonessa)

2. Hengityselinsairaudet (Muu kuin hyvässä hoitotasapainossa oleva astma tai keuhkohtaumatauti esim. sairastettu ilmarinta, astma/keuhkohtaumatauti joka ei optimaalisessa hoitotasapainossa)

3. Tajunnanhäiriöitä (Esimerkiksi selittämättömät tai toistuvat pyörtymiset, kouristustaipumus tai epilepsia, toiminnalliset kohtaukset, arvaamattomat hypoglykemiat jne.)

4. Insuliinihoitoinen diabetes

5. Neurologinen sairaus (Esimerkiksi epilepsia, MS, Parkinson, dementia, sairastettu aivoverenkiertohäiriö, hemipleginen migreeni jne)

6. Psykiatrinen sairaus (kuten milloin tahansa sairastettu psykoosi tai 5 vuoden sisällä hoitoa vaatinut masennus, ahdistuneisuushäiriö, unettomuus, ADHD tai muu psykiatrinen sairaus)

7. Alle vuoden vanhoja luunmurtumia tai vammoja, milloin tahansa tapahtunut nivelen sijoiltaanmeno tai milloin tahansa asetettu tekonivel (Lukuun ottamatta luunmurtumat ja vammat, jotka lääkärintarkastuksessa on todettu täysin parantuneiksi)

8. Tyriä tai avanteita (Esimerkiksi, mutta ei rajoittuen nivustyriä, napatyriä, arpityriä, suoliavanne, virtsa-avanne)

9. Tuki- ja liikuntaelimistön toiminnan rajoituksia tai epämuodostumia (Esimerkiksi vaikean vamman jälkitila synnynnäinen epämuodostuma tai osittainenkin halvaus/heikkous)

10. Säännöllinen tai tilapäinen tai tarvittaessakin otettava pääasiassa keskushermostoon vaikuttava (PKV) lääkitys (Kaikki "kolmiolääkkeet" esimerkiksi, mutta ei rajoittuen käyttötarkoituksesta riippumatta bentsodiatsepiiniryhmän lääke, muu nukahtamis- tai unilääke, hermokipulääke, voimakkaat kipulääkkeet tai muu opiaattiryhmän lääkitys, kannabis käyttötarkoituksesta riippumatta, stimulantit)

11. Aistien poikkeava toiminta (Esimerkiksi näkövamma (silmälasit eivät ole este), kuulovamma, poikkeava tunto- tai tasapainoasti, silmälasien tarvetta ei luokitella näkövammaksi)

12. Näöntarkkuus

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 silmälasien tai piilolasien käyttämistä, niitä on käytettävä myös hypätessä.

Saavutan edellä mainitut näkövaatimukset

kyllä ei

Minun on käytettävä silmä- tai piilolaseja edellä mainittujen näkövaatimusten saavuttamiseksi

kyllä ei

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

<input type="checkbox"/> Vakuutan, että minulla ei ole mitään yllä luetelluista sairauksista, vammoista tai lääkityksistä, jotka voivat olla este laskuvarjohyppäämiselle.	<input type="checkbox"/> Minulla on yllämainittuja sairauksia/vammoja ja osoitan terveydentilani lääkärintodistuksella. Osoitan terveydentilani lääkärintodistuksella. (kouluttaja täyttää): Todistuksen päiväys: ___/___/_____ Lääkärin nimi: _____ Lääkärin SV-numero _____
---	---

Yleisen tietosuoja-asetuksen (EU 2016/679, GDPR) mukaiset tiedot:

Koulutettavalta laskuvarjohyppääjältä vaaditaan terveydentilavakuutus tai lääkärintodistus riittävän terveydentilan varmistamiseksi Suomen Ilmailuliiton hyväksymien Laskuvarjohyppääjän toiminnallisten ohjeiden ja kelpoisuusvaatimusten mukaisesti. Henkilötiedot kerätään rekisteröitävän suostumuksella (GDPR 9 art 2a kohta: erityisten tietoryhmien tietojen kerääminen rekisteröitävän suostumuksella). Rekisteröidylle henkilötietojen keräämisen yhteydessä annettavat tiedot ovat Skydive Finlandin tietosuojaselosteella, joka on nähtävissä hyppypaikalla tämän terveydentilavakuutuksen täyttämisen yhteydessä, osoitteessa www.skydivefinland.fi, ja saatavilla henkilökunnalta. Terveydentilavakuutuksen täyttämällä rekisteröitävä ilmoittaa saaneensa tiedot, ja antavansa suostumuksensa henkilötietojensa käsittelylle.

Paikka

_____/_____/_____
Päiväys

Allekirjoitus

Paikka

_____/_____/_____
Päiväys

Holhoojan allekirjoitus (alle 18-vuotiailta)

Holhoojan nimenselvennys ja puhelinnumero

Onnettomuustilanteessa
ilmoittakaa:

Nimi ja puhelinnumero

TERVEYDENTILAVAKUUTUKSEN TARKASTUS

HYPPYKELPOINEN: kyllä ei pitää käydä lääkärissä

Organisaatio

Päiväys

KP/AKP/PLHM tai NHM nimikirjoitus ja nimenselvennys