





# TANDEMOPPILAAN TERVEYDENTILAVAKUUS

(luottamuksellinen; vain koulutusorganisaation käyttöön)

Hyppääjän nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_  
(lisäksi lääkärintodistus yli 50-vuotiailta)

Onko teillä todettu seuraavia sairauksia tai vammoja (kyllä / ei / en tiedä)?

- Sydänsairauksia** (esim. rytmihäiriöitä, synnynnäinen sydänvika, verenpainetauti, rintakipu, sepelvaltimotauti)  
kyllä  ei  en tiedä
- Hengityselinsairauksia** (esim. keuhkolaajentuma, astma, ilmarinta, tuberkuloosi)  
kyllä  ei  en tiedä
- Tajunnanhäiriöitä** (esim. selittämättömät tai toistuvat huimaukset, kouristukset, epilepsia)  
kyllä  ei  en tiedä
- Insuliinihoitoinen diabetes**  
kyllä  ei  en tiedä
- Alle vuoden vanhoja luunmurtumia tai toiminnan rajoituksia** (lukuun ottamatta luunmurtumat ja vammat, jotka lääkärintarkastuksessa on todettu täysin parantuneiksi)  
kyllä  ei  en tiedä
- Säännöllinen lääkärin määräämä lääkitys** (kaikki "kolmiolääkkeet", psyykelääkkeet jne. lukuun ottamatta e-pillerit, tulehduskipulääkkeet, ihotauti- ja allergialääkkeet, antibiootit tai muut lääkkeet, jotka hoitavan lääkärin mukaan eivät ole este laskuvarjohypyille)  
kyllä  ei  en tiedä

Vakuutan, että antamani tiedot pitävät paikkansa. Sitoudun hankkimaan terveydentilaani koskevan lääkärintodistuksen ja antamaan terveydentilastani tietoja, mikäli antamani tiedot muuttuvat ennen tandemhyppyä tai jos koulutusorganisaatio sitä vaatii.

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

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

\_\_\_\_\_  
Huoltajan nimen selvennys ja puhelinnumero

Onnettomuustilanteessa ilmoittakaa seuraavalle henkilölle: \_\_\_\_\_  
Nimi ja puhelinnumero

## LÄÄKÄRINTODISTUKSEN TARKASTUS (tarvittaessa ja yli 50-vuotiailta)

Läkärintodistus päivätty \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Lääkäriin nimi ja SV-numero \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Kerho Päiväys KP / AKP / tandemhyppymestari

SUOMEN LASKUVARJOKERHO

www.laskuvarjokerho.fi | 040 506 8070

SLK versio 2009/1