

Oświadczenie o stanie zdrowia

Armator jachtu Malbork dokłada wszelkich starań, by zapewnić bezpieczeństwo wszystkim osobom na pokładzie statku. Ze swej strony uczestnicy rejsów powinni być świadomi konieczności wzięcia odpowiedzialności za swoje własne bezpieczeństwo. Zły stan zdrowia to ryzyko dla wszystkich uczestników rejsu, mogące poważnie zakłócić program żeglugi statku. Celem niniejszego oświadczenia jest zapobieżenie nieporozumieniom odnośnie tego, kto może bezpiecznie uczestniczyć w rejsie morskim oraz pomoc w zapewnieniu właściwej pomocy medycznej w razie wypadku. Uprzejmie prosimy o wypełnienie ankiety i odesłanie jej do armatora. Zapewniamy, że poniższe dane nie będą wykorzystywane w innych celach, aniżeli zapewnienie bezpieczeństwa uczestnikowi rejsu.

Czy masz problemy z sercem?

Czy masz problemy z oddychaniem?

Czy potrzebujesz pomocy przy pokonywaniu stromych schodów?

Czy przeszedłeś przeszczep narządu wewnętrznego?

Czy cierpisz na cukrzycę lub epilepsję?

Czy jesteś w ciąży?

Czy cierpisz na jakąkolwiek inną przypadłość, o której powinniśmy wiedzieć?*

.....

*Wpisz w odpowiednie pole **Tak** lub **Nie**

Czy przyjmujesz stale leki? Nie Tak

Jeżeli tak, to jakie? _____

Czy ze względów zdrowotnych jesteś na diecie? Nie Tak

Jeżeli tak, to jakiej? _____

Jeżeli odpowiedziałeś „**Tak**” na którekolwiek z pytań, poproś swojego lekarza o wypełnienie oświadczenia znajdującego się na końcu dokumentu. Jeżeli masz wątpliwości, radzimy niezależnie skontaktować się z lekarzem lub specjalistą. Jeśli przyjmujesz leki, przed wypłynięciem upewnij się, że posiadasz zapas wystarczający na całą podróż. Poprzez podpisanie tego oświadczenia, deklarujesz, że jesteś świadom konsekwencji jakie mogą wynikać z zatajenia informacji o stanie zdrowia, łącznie z utratą ubezpieczenia.

Imię i nazwisko uczestnika

Data, miejsce, podpis uczestnika

Oświadczenie lekarza

(dotyczy osób, które odpowiedziały „tak” na co najmniej jedno z powyższych pytań)

Zaświadczam, że _____ może uczestniczyć w rejsie morskim w terminie:
(imię, nazwisko, data urodzenia)

Data, miejsce, podpis lekarza



S/Y MALBORK
PRINO-PLAST Sp. z o.o.