# ANKIETA ZDROWOTNA UCZESTNIKA REJSU SZKOLENIOWEGO

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

Osoba do kontaktu w razie nagłego wypadku (imię, nazwisko, telefon):

_____

## Oświadczenie zdrowotne w związku z pełnieniem wachty kambuzowej

Pozostając w zgodzie z zasadami sanitarnymi, osoby z potwierdzeniem lub podejrzeniem choroby, bądź podejrzane o nosicielstwo chorób, które mogą być przenoszone przez żywność nie mogą pełnić wachty kambuzowej.

Oświadczam, że jestem osobą zdrową i w czasie ostatnich dwóch tygodni nie chorowałem/am na:

☐ COVID -19 /SARS-CoV-2

☐ choroby zakaźne

☐ choroby układu pokarmowego

☐ w czasie ostatnich dwóch tygodni nie miałem/łam styczności z chorobami zakaźnymi

## Informacje zdrowotne

Prosimy o udzielenie szczerych odpowiedzi na poniższe pytania. Celem ankiety jest zapewnienie bezpieczeństwa uczestników podczas rejsu szkoleniowego, w tym podczas prac wysokościowych na rejach.

1. Czy cierpisz na jakiekolwiek przewlekłe choroby (np. cukrzyca, padaczka, choroby serca)?
   ☐ Tak ☐ Nie

   Jeśli tak, proszę podać szczegóły: _____

2. Czy masz jakiekolwiek problemy z oddychaniem (np. astma, POChP)?
   ☐ Tak ☐ Nie

   Jeśli tak, proszę podać szczegóły: _____

3. Czy przeszedłeś/przeszłaś jakikolwiek zabieg chirurgiczny w ciągu ostatnich 12 miesięcy?
☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, proszę podać szczegóły: _____

4. Czy przyjmujesz na stałe jakiekolwiek leki?
☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, proszę podać szczegóły: _____

5. Czy cierpisz na lęk wysokości lub klaustrofobię?
☐ Tak ☐ Nie

6. Czy masz problemy z równowagą, błędnikiem lub koordynacją ruchową?
☐ Tak ☐ Nie

7. Czy jesteś obecnie w ciąży?
☐ Tak ☐ Nie

8. Czy masz jakiekolwiek alergie (np. na leki, jad owadów, pokarmy)?
☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, proszę podać szczegóły: _____

## Dodatkowe informacje

Jeśli istnieją jakiekolwiek inne istotne informacje dotyczące Twojego zdrowia, które powinny zostać uwzględnione, proszę je podać:

_____

_____

## Oświadczenie uczestnika

Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w ankiecie są prawdziwe i kompletne. Rozumiem, że zatajenie jakichkolwiek istotnych informacji zdrowotnych może stanowić zagrożenie dla mojego bezpieczeństwa i bezpieczeństwa innych uczestników rejsu.

Podpis uczestnika: _____ Data: _____

**Armator zapewnia, że podane powyżej dane będą wykorzystywane wyłącznie w celu zapewnienia bezpieczeństwa podczas rejsu. Dane osobowe podane przez uczestnika rejsu, w tym dane wrażliwe chronione są zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, dotyczącymi ochrony danych osobowych.**

WYPEŁNIA LEKARZ*
**(Wymagane dla osób, które udzieliły odpowiedzi „tak" na którekolwiek z powyższych pytań)**

## Zaświadczenie lekarskie

Potwierdzam, że _____

(imię, nazwisko, data urodzenia) jest zdolny/a do udziału w rejsie morskim w terminie: _____.

Data, miejsce, podpis i pieczęć lekarza:

_____