Medisch fitnessformulier voor tandem parachutespringen bij Skydive Spa

Adres: Rue de la Sauvenière 122 4900 SPA
Telefoon: 087 26 99 06
Datum:

Klantgegevens

1. **Naam:** _____
2. **Voornaam:** _____
3. **Geboortedatum:** _____
4. **Telefoonnummer:** _____

Medische beoordeling

Ik, ondergetekende, Dr. _____, arts, verklaar hierbij dat ik de bovengenoemde patiënt heb onderzocht en zijn medische geschiedenis heb overwogen.

1. **Medische geschiedenis:**
    1. Hartproblemen: Ja / Nee
    2. Ademhalingsproblemen: Ja / Nee
    3. Neurologische problemen: ja / nee
    4. Epilepsie problemen: Ja / Nee
    5. Problemen met schouderdislocatie: Ja/Nee
    6. Andere (specificeren): _____
2. **Huidige medicijnen:**
    1. _____
3. **Lichamelijk onderzoek:**
    1. Gewicht: _____ kg
    2. Afmeting: _____ cm
    3. Bloeddruk: _____ mmHg
    4. Hartslag: _____ bpm
4. **Mogelijkheid om deel te nemen aan een parachutesprong:**
    1. De patiënt is fit om een tandemparachutesprong uit te voeren: Ja / Nee
    2. Aanvullende opmerkingen:

        _____

Handtekening van de arts

1. **Naam van de dokter:** _____
2. **Specialiteit:** _____
3. **Datum:** _____
4. **Handtekening :** _____

Opmerkingen

1. Dit formulier moet worden ingevuld door een bevoegde arts.
2. Het parachutespringcentrum behoudt zich het recht voor om elke persoon te weigeren die niet over voldoende medische geschiktheid beschikt.