

Oświadczenie o stanie zdrowia

Firma Skłodowscy Yachting spółka z ograniczoną odpowiedzialnością SKA, armator żaglowca STS Kapitan Borchardt dokłada wszelkich starań, by zapewnić bezpieczeństwo wszystkim osobom na pokładzie statku. Chcemy, aby uczestnicy rejsów byli świadomi konieczności wzięcia odpowiedzialności za swoje własne bezpieczeństwo. Twój zły stan zdrowia to ryzyko nie tylko dla Ciebie, ale również dla innych załogantów, mogące poważnie zakłócić program żeglugi statku. Niniejsze oświadczenie ma na celu zapobiec nieporozumieniom odnośnie tego, kto może bezpiecznie uczestniczyć w rejsie morskim oraz pomóc w zapewnieniu właściwej pomocy medycznej w razie wypadku. Uprzejmie prosimy o wypełnienie ankiety i odesłanie jej do biura armatorskiego. Jednocześnie zapewniamy, że poniższe dane nie będą wykorzystywane w innych celach, aniżeli zapewnienie bezpieczeństwa Uczestnikowi rejsu.

Czy cierpisz na cukrzycę lub epilepsję?

Czy masz problemy z sercem?

Czy masz problemy z oddychaniem?

Czy potrzebujesz pomocy przy pokonywaniu stromych schodów?

Czy przeszedłeś przeszczep narządu wewnętrznego?

Czy jesteś w ciąży?

Czy cierpisz na jakąkolwiek inną przypadłość o której powinniśmy wiedzieć?

Tak Nie

Czy przyjmujesz stale leki?

Jakie? _____

Tak Nie

Czy ze względów zdrowotnych jesteś na diecie?

Jakiej? _____

Tak Nie

Jeśli odpowiedziałeś „tak” na którekolwiek z pytań, poproś swojego lekarza o wypełnienie oświadczenia znajdującego się na końcu dokumentu. Jeśli 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 którekolwiek z pytań)

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

Data, miejsce, podpis Lekarza