



SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: 408:04

Ärende: TANDEMINSTRUKTÖRSTJÄNST HÄLSODEKLARATION

Datum: 2024-01-01

TANDEM PASSENGER HEALTH DECLARATION

I suffer from:

- | | No | Yes |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ✓ ear, nose, or throat problems | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ any problems to pressure equilibrate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ heart or cardiovascular disease | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ seizures or epilepsy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ fainting spells, vertigo or disorders of consciousness | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ metabolic disease | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ brain, spinal cord and nerve disorders or injury | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ psychological disorders | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ injury or illness involving the skeleton, muscles, ligaments or back | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

or other serious illness or injury,

you are strongly advised not to skydive without consulting your doctor or conducting a full medical examination for skydivers.

- You MUST inform your tandem instructor of any current or previous injuries or discomfort in either or both shoulders. This helps insure a safe tandem jump with minimal risk for shoulder injuries.
- Tandem passengers who are not members in the Swedish Parachute Association are insured. The insurance covers accidents with benefits to cover medical and medicinal expenses. For more information (in Swedish) visit www.sff.se

➤ **Alcohol or other intoxicants are not allowed when skydiving.**

Are you completely sober? YES NO

Swedish social security number (Visitors without a number, please state your date of birth DDMMYYYY). _____ - _____

Name: _____

Address: _____

ZIP code: _____ City: _____

Telephone: _____

E-mail: _____

I, the undersigned, understand that I voluntarily assume all risk of injury associated with skydiving activities. By signing I release the tandem instructor, the skydiving club and the skydiving association of any and all claims or obligations related to the tandem skydive activity.

Location _____(DD)___ (MM)___ 20___(YY)

Printed Name & Signature: _____

Parent or Custodian of minor,

Printed Name & Signature: _____



HÄLSO- OCH ANSVARSFÖRKLARING FÖR TANDEMPASSAGERARE

Har du:

	NEJ	JA
✓ öron-, näsa-, halsproblem,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Problem att tryckutjämna,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ hjärt-, kärlsjukdom,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ kramper eller epilepsi,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ svimningar, yrsel eller andra rubbningar av medvetandet,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ ämnesomsättningssjukdom,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ sjukdom eller skada på hjärna, ryggmärg eller nerver,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ psykiska besvär,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ sjukdom eller skada i skelett, muskler, leder eller rygg,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

eller annan allvarlig sjukdom eller skada

avrådes Du bestämt från att hoppa fallskärm, utan att ha konsulterat din läkare eller genomfört en tjänstbarhetsbedömning för fallskärmshoppare.

- Har du tidigare haft problem med axlar ska du upplysa din tandeminstruktör om detta för att ge möjlighet till hopp med minskad risk för axelskada.
- Som tandempassagerare utan medlemskap i Svenska Fallskärmsförbundet är du försäkrad. Försäkringen omfattar olycksfall där primär ersättning täcker vårdkostnader samt läkemedelskostnader. För mer info www.sff.se under fliken medlemservice.

➤ **Alkohol eller andra berusningsmedel är inte tillåtna vid fallskärmshoppning.**
 Är du helt nykter? JA NEJ

Personnummer: _____ - _____

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____ Postadress: _____

Telefon: _____

E-postadress _____

Genom att underteckna detta formulär medger Du att Du är helt införstådd med att fallskärmshoppningen sker på egen risk och eget ansvar. Inga krav kan alltså i efterhand göras gällande mot instruktör, klubb eller förbund etc.

Ort _____ datum / 20 ____

Signatur & namnförtydligande: _____

Målsmans signatur & namnförtydligande: _____