

## IISA® MEDICAL ASSESSMENT FORM

Date 11/1/2022 This medical is Valid for 6 months from date of assessment.

### Section A – Swimmer [ Personal Details]

Full Name	Date of Birth [DD/MM/YYYY]	Gender	Occupation
<i>ŠARKA LANDSHAMOVÁ</i>	<i>31.5.1995</i>	<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	

Address	<i>ŠPERLOVA 459</i>			
City/Town	<i>PRANA</i>	Country	<i>CZECH</i>	Post Code <i>14900</i>
Email	<i>Sarka.L@szn9m.cz</i>		Phone	<i>+420 723 303 989</i>

### Section B – Swimmer [Medical History]

(please circle Yes or No, if you answered yes, please give further details in the line below)

1	Past Medical History:	Y	<input type="radio"/> Y <input checked="" type="radio"/> N
2	Past surgical history:	Y	<input type="radio"/> Y <input checked="" type="radio"/> N
3	Current Medication :	Y	<input type="radio"/> Y <input checked="" type="radio"/> N
4	Allergies:	Y	<input type="radio"/> Y <input checked="" type="radio"/> N
5	Cardiovascular - e.g. high blood pressure, arrhythmias:	Y	<input type="radio"/> Y <input checked="" type="radio"/> N
6	Parents/Siblings with cardiovascular conditions:	Y	<input type="radio"/> Y <input checked="" type="radio"/> N
7	Respiratory –e.g. asthma:	Y	<input type="radio"/> Y <input checked="" type="radio"/> N
8	Abdomen - GIT:	Y	<input type="radio"/> Y <input checked="" type="radio"/> N
9	Neurological – e.g. epilepsy:	Y	<input type="radio"/> Y <input checked="" type="radio"/> N
10	ENT (ear / nose / throat):	Y	<input type="radio"/> Y <input checked="" type="radio"/> N
11	Eyes – Visual problems, surgery:	Y	<input type="radio"/> Y <input checked="" type="radio"/> N
12	Psychiatric:	Y	<input type="radio"/> Y <input checked="" type="radio"/> N
13	Disability:	Y	<input type="radio"/> Y <input checked="" type="radio"/> N
14	Hospitalised in past 5 years:	Y	<input type="radio"/> Y <input checked="" type="radio"/> N
15	Refused Life Insurance:	Y	<input type="radio"/> Y <input checked="" type="radio"/> N
16	Failed IISA Medical:	Y	<input type="radio"/> Y <input checked="" type="radio"/> N
17	Previous Cold H2O Swimming Experience: <i>CZECH CUP</i>	<input checked="" type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N
18	Previous issues on rewarming – hypothermia, arrhythmias:	Y	<input type="radio"/> Y <input checked="" type="radio"/> N

19	Previous altitude experiences:	Y	<input checked="" type="radio"/> N
20	Previous issues at altitude:	Y	<input checked="" type="radio"/> N
21	Previous issues at altitude:	Y	<input checked="" type="radio"/> N
COVID 19 declaration			
1	Have you had Covid? When:	Y	<input checked="" type="radio"/> N
2	Have you had any symptoms that may indicate COVID recently?	Y	<input checked="" type="radio"/> N
3	Are you vaccinated for COVID? When - <i>15.6.2021</i>	<input checked="" type="radio"/> Y	N
Comments:			

### Swimmer's Declaration:

I hereby declare that to the best of my knowledge; I am in good general health, and I have disclosed all information relevant to this assessment and may be relevant to my Ice Swim attempt.

I authorise my doctor and medical staff attendants at this assessment, to disclose any relevant information to my Swim Medical Officer or Safety staff.

I am aware that an ICE Swim is an extreme challenge, mentally and physically and I am obligated to inform IISA and the Swim Medical and Safety staff of any changes in my health since this assessment to the date of my Swim.

I will deliver this assessment to the Swim - Observers/IISA Officials/Medical Officer and include this when applying to verify my Swim by IISA.

I hereby acknowledge that the Swim is done at my own risk, I understand all risks involved and I hold none involved in my Swim attempt responsible for any mishap that may occur to me because of this Swim.

---

Signature *Vaiko Landmannora* Date: *14.1.2022*



## Section C – For the Examining Doctor

The above names person wishes to attempt an Ice Swim. An Ice Swim requires the swimmer to swim in water temperature of 5C or lower, unassisted and wearing a standard swimming costume, one cap and a pair of goggles.

Please indicate your assessment outcome:

### PRE-SWIM MEDICAL

General	Weight <i>62</i>	Height <i>171 cm</i>	BMI <i>21,20</i>	Temperature <i>36,6</i>
	Waist cm <i>87</i>	Pregnant? <i>no</i>	Disability? <i>no</i>	
General Examination				
Cardiovascular	Heart Rate <i>66/min</i>	Blood Pressure <i>120/80</i>		
Cardiovascular Examination				
Respiratory	Respiratory Rate <i>16/min</i>	Oxygen Saturation <i>99%</i>	Peak Flow	
Respiratory Examination				
ENT	Drums <i>0</i>	Pharynx <i>0</i>	Other <i>0</i>	
Abdominal Examination	<i>0</i>			
Neurological Examination	<i>0</i>			
ECG/EKG Assessment	<i>Normal, regular.</i>			

### Medical Doctor Declaration:

After my examination, I see no medical issues preventing the above Swimmer (A) from attempting the Ice Swimming event.

Name *MUDr. KUPSOVÁ Regina* Date *19 / 1 / 2022*

Address *HVIEZDOSLAVOVA 519/10, PRAHA 4*

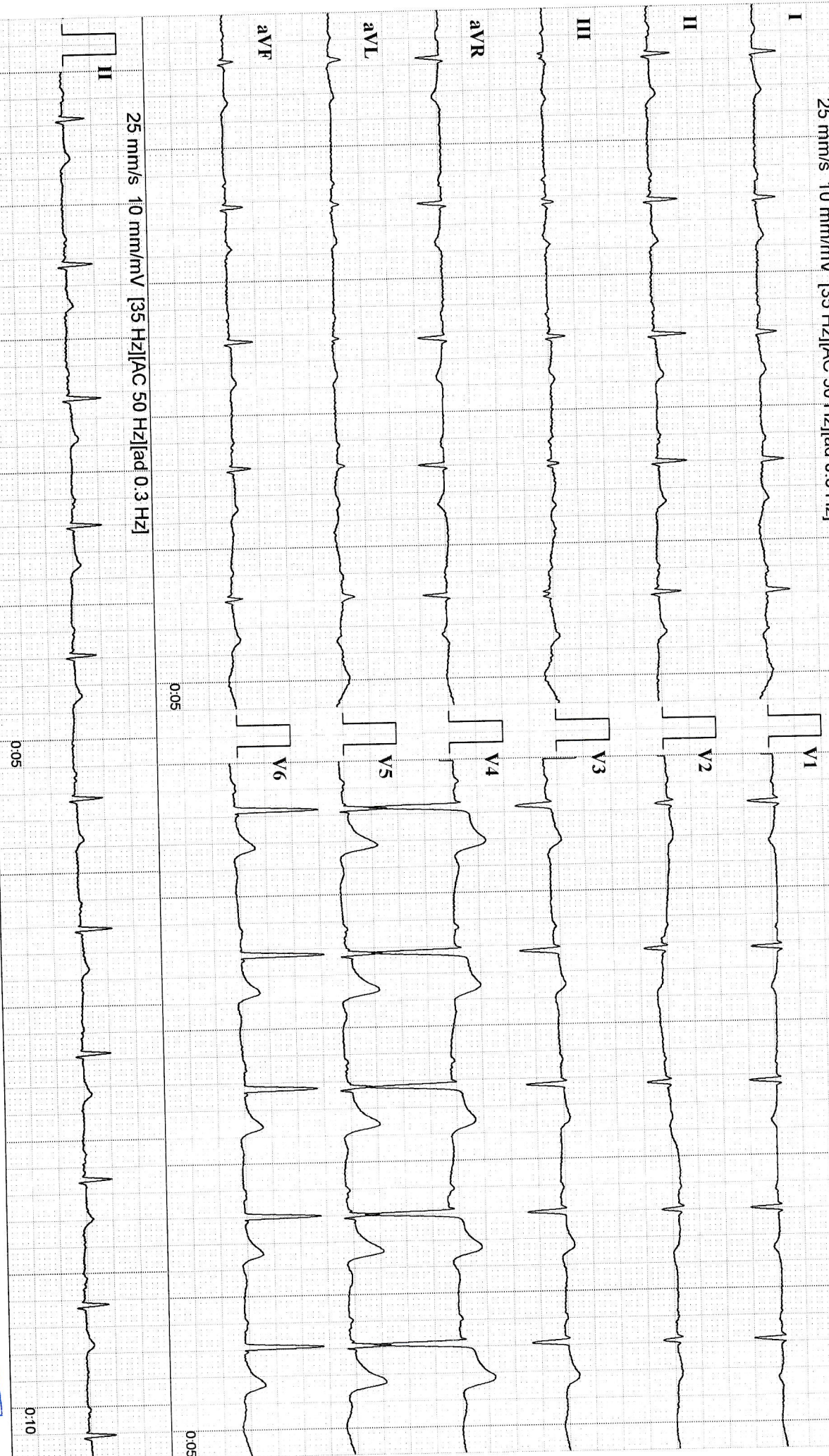
Email *REKU @ VOLNY.CZ*

Qualifications *GP*

Signature  



25 mm/s 10 mm/mV [35 Hz] AC 50 Hz [ad 0.3 Hz]



25 mm/s 10 mm/mV [35 Hz] AC 50 Hz [ad 0.3 Hz]

TF [1/min]

61

RR 983 ms

P *61ms*

PQ *190ms*

QRS 68 ms

QT 395 ms

QTc 399 ms

sinus, pravidelný, převodní časy v normě, bez zn. ischemie  
TF=61

14 REKU s.r.o.  
Hlízodslavova 519/10, 1. patro, Taha 4  
191 MUDr. REGINA KUPČOVÁ  
všeobecné praktické lékařství  
001 IČO: 24775258, tel: 725 018 000  
MUDr. KUPČOVÁ



# ŽÁDOST O POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K ZDRAVOTNĚ NÁROČNÉ SPORTOVNÍ DISCIPLÍNĚ

dle Zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách,  
a Vyhlášky č. 391/2013 Sb., o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu, vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR

Žádám o provedení lékařské prohlídky pro účely zjištění zdravotní způsobilosti k výkonnostnímu sportu – zdravotně náročné sportovní disciplíně: **DÁLKOVÉ\* PLAVÁNÍ / OTUŽILECKÉ\* PLAVÁNÍ / ZÁVODNÍ PLAVÁNÍ**

Požadovaný druh lékařské prohlídky:

- Vstupní** (před zaregistrováním ve sportovní organizaci; vždy obsahuje též zátěžové vyšetření včetně monitorace elektrokardiografické křivky a tlaku krve)
- Pravidelná** (provádí se jednou za 12 měsíců; je na uvážení lékaře, zda provede též zátěžové vyšetření včetně monitorace elektrokardiografické křivky a tlaku krve)
- Mimořádná** (při změně zdravotního stavu posuzované osoby nebo při zdravotních obtížích při sportu)

Uvedte důvod pro mimořádnou lékařskou prohlídku: .....

**Jednorázová prohlídka**

- před sportovní soutěží nebo sportovní akcí v případě, že její organizátor určí provedení lékařské prohlídky jako podmínku účasti

**Posuzovaná osoba:**

Jméno, příjmení: SÁRA LANDSMANNOVÁ narozen/a dne: 31.5.1975  
Trvalý pobyt: SPERLOVA 45913, PRAHA 4, 14900  
v PRAZE dne .....

## LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K ZDRAVOTNĚ NÁROČNÉ SPORTOVNÍ DISCIPLÍNĚ

dle Zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách,  
a Vyhlášky č. 391/2013 Sb., o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu, vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR

Posuzovaná osoba je k výše uvedené sportovní disciplíně a kategorii:

Zdravotně způsobilá\*

Zdravotně nezpůsobilá\*

Zdravotně způsobilá s podmínkou\*.....

Doba platnosti posudku: .....

(Pokud lékař neurčí kratší dobu, má tímto posudkem potvrzená prohlídka platnost pro účely zdravotně náročné sportovní disciplíny dálkového či otužileckého plavání 1 rok.)

Evidenční číslo: .....

Datum vydání lékařského posudku: 11.10.2021



podpis a razítko

MUDr. Michal Šerf

**Poučení:**

Proti tomuto lékařskému posudku je možno podat podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode, kdy byl posuzované osobě předán. Návrh se podává písemně výše uvedenému lékaři. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá či zdravotně způsobilá s podmínkou.

Posuzovaná osoba/zákonný zástupce převzal/a lékařský posudek do vlastních rukou:

v PRAZE dne 11.10.2021

[Signature]

podpis

\* Nehodící se škrtněte

# EU Digital COVID Certificate

## Certifikát EU COVID-19



**CZECH REPUBLIC**

This certificate is not a travel document. The scientific evidence on COVID-19 vaccination, testing and recovery continues to evolve, also in view of new variants of concern of the virus. Before traveling, please check the applicable public health measures and related restrictions applied at the point of destination.

Relevant information can be found here:

<https://reopen.europa.eu/en>



### Surname(s) and forename(s)

*Příjmení a jméno*

LANDSMANNOVÁ ŠÁRKA

### Date of birth

*Datum narození*

1975-05-31

### Unique certificate identifier

*Unikátní identifikátor certifikátu*

5v8ra96pkg7tw2txur2j946gy3pcn8

## Vaccination certificate Certifikát o provedené vakcinaci

**Disease or agent targeted** (*Cílená nemoc nebo agens*)  
COVID-19 (SNOMED CT 840539006)

**Vaccine/prophylaxis** (*Vakcína/Profylaxe*)  
mRNA vakcína proti onemocnění COVID-19

COVID-19 mRNA Vaccine, Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 mRNA only vaccine product(SNOMED CT 1119349007)

**Vaccine medicinal product** (*Vakcína*)  
Cominaty

**Vaccine marketing authorisation holder or manufacturer**

(*Výrobce nebo držitel rozhodnutí o registraci vakcíny*)  
BioNTech Manufacturing GmbH

**Number in a series of vaccinations/doses and the overall number of doses in the series**  
(*Pořadové číslo dávky/počet dávek*)  
2/2

**Date of vaccination** (*Datum vakcinace*)  
2021-06-15

**Member State of vaccination** (*Členský stát*)  
CZ

**Certificate issuer** (*Vydavatel certifikátu*)  
Ministry of Health of the Czech Republic / Ministerstvo zdravotnictví České republiky