



ERKLÄRUNG ZUM GESUNDHEITSZUSTAND

TEILNEHMER-INFORMATION (vertraulich)

Bitte vor dem Unterschreiben genau durchlesen.

Mit dieser Erklärung werden Sie über die potentiellen Risiken des Gerätetauchens sowie über die von Ihnen erforderlichen Verhaltensweisen während des Programms/Tauchkurses informiert. Ihre Unterschrift auf diesem Formular ist erforderlich, damit Sie am Tauchkurs teilnehmen können.

Name des/r Tauchlehrers/in Detlef Linek

Name der/s Tauchscole/Centers Detlef Linek

Ort / Land Berlin / Deutschland

Lesen Sie diese Erklärung vor dem Unterschreiben. Sie müssen die "Erklärung zum Gesundheitszustand" mit dem medizinischen Fragebogen ausfüllen, bevor Sie an einem Tauchkurs teilnehmen können. Sind Sie noch nicht volljährig, muss zudem ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter unterschreiben.

Tauchen ist eine aufregende und anspruchsvolle Aktivität. Bei korrektem Verhalten und Anwendung der richtigen Techniken, ist es ein relativ sicherer Sport. Wenn jedoch die bestehenden Sicherheitsregeln nicht befolgt werden, bestehen erhöhte Gefahren.

Um sicher zu tauchen, sollten Sie nicht extrem übergewichtig oder nicht in Form sein. Der Tauchsport kann unter bestimmten

Medizinischer Fragebogen für Taucher

Für den Teilnehmer: Der nachfolgende medizinische Fragebogen dient dazu herauszufinden, ob Sie sich vor der Teilnahme an der Tauchausbildung ärztlich untersuchen lassen sollten. Eine mit "JA" beantwortete Frage muss Sie nicht unbedingt vom Tauchsport ausschliessen. Eine mit "JA" beantwortete Frage gibt Aufschluss über einen Zustand, der Ihre Sicherheit beim Tauchen beeinträchtigen könnte, und Sie müssen sich in diesem Fall vor der Teilnahme an Tauchaktivitäten ärztlich untersuchen/beraten lassen.

- _____ Könnte es sein, dass Sie schwanger sind, oder wünschen Sie sich eine Schwangerschaft?
- _____ Nehmen Sie gegenwärtig verordnete Medikamente? (mit Ausnahme von Anti-Konzeptiva oder Malaria-Prophylaxe)
- _____ Sind Sie älter als 45 Jahre und erfüllen Sie einen der folgenden Punkte?
 - Raucher/in von Pfeife, Zigarren oder Zigaretten
 - Sie haben einen erhöhten Cholesterin-Spiegel
 - Sie haben in der Familie Vorkommnisse von Herzinfarkt oder Schlaganfall
 - Sie befinden sich momentan in ärztlicher Behandlung
 - Sie haben einen erhöhten Blutdruck
 - Sie leiden an Diabetes Mellitus, auch wenn diese nur durch Diät unter Kontrolle ist

Hatten Sie in der Vergangenheit oder leiden Sie momentan an einer der nachfolgenden Krankheiten?

- _____ Asthma, Atembeschwerden, oder Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung
- _____ häufige oder ernste Anfälle von Heuschnupfen bzw. Allergien
- _____ häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis
- _____ irgendeine Form einer Lungenerkrankung
- _____ Pneumothorax
- _____ Erkrankungen oder chirurgische Eingriffe im Bereich des Brustkorbes
- _____ körperliche oder psychische Probleme in Form von Panik, Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen
- _____ Epilepsie, Anfälle, Krämpfe, oder nehmen Sie Medikamente dagegen
- _____ wiederholt auftretende massive migräneartige Kopfschmerzen, oder nehmen Sie Medikamente dagegen

Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen erfolgten. Ich übernehme die Verantwortung für unterlassene Angaben zu meinem vergangenen oder gegenwärtigen Gesundheitszustand.

Unterschrift

Datum

Unterschrift der Eltern, Erziehungsberechtigten

Datum