

ERKLÄRUNG ZUM GESUNDHEITZUSTAND

VERTRAULICHE TEILNEHMER INFORMATIONEN

Bitte vor dem Unterschreiben sorgfältig durchlesen

Mit dieser Erklärung werden Sie über die potentiellen Risiken des Gerätetauchens, sowie über die von Ihnen erforderlichen Verhaltensweisen während des Tauchkurses informiert. Ihre Unterschrift und die Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sind erforderlich, damit Sie an diesem Tauchkurs teilnehmen können:

(Name des Instructors) _____
und (Dive Center) _____
ansässig in (Ort) _____
in (Land) _____

Lesen und besprechen Sie diese Erklärung vor dem Unterschreiben. Sie müssen diese „Erklärung zum Gesundheitszustand“ ausfüllen, welche Angaben über Ihre Krankheitsgeschichte enthält, bevor Sie an einem Tauchkurs teilnehmen können. Wenn Sie noch nicht volljährig sind, muss ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter unterschreiben.

Tauchen ist eine aufregende und anspruchsvolle Aktivität. Bei korrektem Verhalten und Anwenden der richtigen Tauchtechniken ist es ein sehr sicherer Sport. Wenn jedoch die bestehenden Sicherheitsregeln nicht befolgt werden, treten Gefahren auf.

Um sicher zu tauchen, dürfen Sie nicht extrem übergewichtig oder untrainiert sein. Der Tauchsport kann in gewissen Situationen sehr anspruchsvoll sein. Ihre Atmung und Ihr Kreislauf müssen gesund sein. Eine Person mit Herzproblemen, Erkältung, Magen-Darm-Problemen, Epilepsie, Asthma oder anderen ernstzunehmenden gesundheitlichen Problemen, oder die unter dem Einfluss von Medikamenten, Betäubungsmitteln oder Alkohol steht, sollte nicht tauchen.

Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, konsultieren Sie vor der Kursteilnahme einen Arzt und Ihren Instructor.

Sie werden während des Tauchens von Ihrem Instructor die wichtigsten Sicherheitsregeln betreffend Atmung und Druckausgleich erlernen müssen. Falsche Verwendung der Ausrüstung kann zu ernsthaften Verletzungen führen. Deshalb müssen Sie unter direkter Überwachung und Betreuung eines qualifizierten Instructors den sicheren Gebrauch der Ausrüstung erlernen.

Wenn beim Ausfüllen dieses Formulars Fragen auftreten, besprechen Sie diese mit Ihrem Instructor.

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

An den Kursteilnehmer:

Die nachfolgenden Fragen dienen dazu herauszufinden, ob eine ärztliche Untersuchung vor der Teilnahme am Tauchtraining angezeigt ist. Eine mit **JA** beantwortete Frage muss Sie nicht unbedingt vom Tauchsport ausschließen. Eine mit **JA** beantwortete Frage gibt lediglich Aufschluss über einen Zustand, der Ihre Sicherheit beim Tauchen beeinträchtigen kann, und Sie müssen sich tauchsportärztlich untersuchen lassen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen betreffend Ihres momentanen Gesundheitszustands mit **JA** oder **NEIN**. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit **JA**. Falls eine Frage mit **JA** beantwortet wird, ist es erforderlich, dass Sie sich bei einem Arzt untersuchen und beraten lassen, bevor Sie am Tauchsport teilnehmen. Ihr Instructor wird Ihnen ein entsprechendes Attestformular für Ihren Arzt aushändigen.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Könnte es sein, dass Sie schwanger sind, oder wünschen Sie eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> häufigen oder ersten Anfällen von Heuschnupfen bzw. Allergien? | <input type="checkbox"/> Frakturen an Rücken, Armen oder Beinen? |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie regelmäßig verordnete oder nicht verordnete Medikamente? (Ausnahme Anti-Konzeptiva) | <input type="checkbox"/> häufigen Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen und Bronchitis? | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, mäßige Körperübungen zu erfüllen (z.B. 1,5 km in 10 Min. gehen)? |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie älter als 45 Jahre, und erfüllen Sie einen der folgenden genannten Punkte? | <input type="checkbox"/> einer Lungenerkrankung? | <input type="checkbox"/> hohem Blutdruck, oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des Blutdrucks? |
| <input type="checkbox"/> • Sie sind Raucher von Pfeife, Zigarren oder Zigaretten? | <input type="checkbox"/> Pneumothorax (Lungenriss)? | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten? |
| <input type="checkbox"/> • Sie haben einen erhöhten Cholesterinspiegel? | <input type="checkbox"/> chirurgischen Eingriffen im Bereich des Brustkorbes? | <input type="checkbox"/> Herzanfällen (Infarkten)? |
| <input type="checkbox"/> • Sie haben in Ihrer Familie Vorkommnisse von Herz- oder Schlaganfällen? | <input type="checkbox"/> Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen? | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris / chir. Eingriffen an Herz oder Blutgefäßen? |
| <input type="checkbox"/> • Sie befinden sich zur Zeit in Behandlung? | <input type="checkbox"/> Epilepsie, Krämpfen, Anfällen, oder nehmen Sie Medikamente zu deren Vermeidung? | <input type="checkbox"/> chirurgischen Eingriffen an Ohren oder Nebenhöhlen? |
| <input type="checkbox"/> • Sie haben Bluthochdruck? | <input type="checkbox"/> wiederholten migräneartige Kopfschmerzen (oder nehmen Sie Medikamente zu deren Vermeidung)? | <input type="checkbox"/> Ohrenkrankheiten, Gehörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen? |
| <input type="checkbox"/> • Sie haben Diabetes Mellitus? | <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen oder Ohnmacht bzw. Bewusstlosigkeit? | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Druckausgleich bei Fahrten ins Gebirge bzw. im Flugzeug? |
| | <input type="checkbox"/> häufiger Übelkeit beim Fahren im Boot oder Auto? | <input type="checkbox"/> Blutungen bzw. Blutgerinnungsstörungen? |
| | <input type="checkbox"/> Tauchunfall oder Dekompressionskrankheit? | <input type="checkbox"/> Weichteilbrüchen (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)? |
| | <input type="checkbox"/> immer wieder auftretende Rückenbeschwerden? | <input type="checkbox"/> Geschwüren, operativ entfernten Geschwüren? |
| | <input type="checkbox"/> chirurgischen Eingriffen im Rückenbereich? | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Probleme? |
| | <input type="checkbox"/> Diabetes? | <input type="checkbox"/> übermäßigem Konsum von Medikamenten oder Alkohol? |
| | <input type="checkbox"/> chirurgischen Eingriffen, Verletzungen bzw. | |

Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen erfolgt sind.

▲ UNTERSCHRIFT

▲ DATUM (Tag/Monat/Jahr)

▲ Bei MINDERJÄHRIGEN die Unterschrift der Eltern oder Erziehungsberechtigten

▲ DATUM (Tag/Monat/Jahr)