



Familienname

Vorname

M.I.

Straße

Geburtsdatum

Stadt

Land

PLZ

Tel. Privat

## ERKLÄRUNG ZUM GESUNDHEITZUSTAND

### VERTRAULICHE TEILNEHMER INFORMATIONEN

Bitte vor dem Unterschreiben sorgfältig durchlesen

Mit dieser Erklärung werden Sie über die potentiellen Risiken des Freediving/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 Freediving-/Sporttauchprogramm teilnehmen können. Dies wird durchgeführt von:

(Instructor)

und (Center)

Stadt

Staat

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 fordernde 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 oder Freediving auszuüben,

dürfen Sie nicht extrem übergewichtig oder untrainiert sein. Der Tauchsport kann in gewissen Situationen sehr anspruchsvoll sein. Ihre Lunge, Atemwege, Nebenhöhlen 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, Betäubungsmittel oder Alkohol steht, sollte nicht tauchen oder Freediving ausüben.

Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, konsultieren Sie vor der Kursteilnahme einen Arzt

und Ihren Instructor.

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

Wenn beim Ausfüllen dieses medizinischen Fragebogens, oder der Erklärung zum Gesundheitszustand 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 können. 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"/> Sind Sie älter als 45 Jahre, und erfüllen Sie einen der folgenden genannten Punkte? | <input type="checkbox"/> Sie befinden sich zur Zeit in Behandlung?                                              |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie regelmäßig verordnete oder nicht verordnete Medikamente? (Ausnahme Anti-Konzeptiva) | <input type="checkbox"/> Sie sind Raucher von Pfeife, Zigarren oder Zigaretten?                              | <input type="checkbox"/> Sie haben Bluthochdruck?                                                               |
|                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sie haben einen erhöhten Cholesterinspiegel?                                        | <input type="checkbox"/> Sie sind Diabetiker? (auch wenn diese allein durch Ernährung kontrolliert werden kann) |
|                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sie haben in Ihrer Familie Vorkommnisse von Herz- oder Schlaganfällen?              |                                                                                                                 |

### HATTEN SIE IN DER VERGANGENHEIT EINE DER NACHFOLGEND AUFGEFÜHRTEN KRANKHEITEN ODER LEIDEN SIE MOMENTAN AN ...

- |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma, pfeifende Atmung bei Anstrengung?                                                                              | <input type="checkbox"/> Häufiges oder ernsthaftes Leiden an Seekrankheit?                                                       | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten?                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Häufig oder ernste Anfälle von Heuschnupfen oder Allergien?                                                            | <input type="checkbox"/> Ruhr oder Dehydratation, die medizinische Behandlung erforderte?                                        | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt?                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Häufig Erkältung oder Bronchitis?                                                                                      | <input type="checkbox"/> Einen Tauchunfall oder Dekompressionskrankheit?                                                         | <input type="checkbox"/> Angina, Operation am Herzen oder an den Blutgefäßen?                                                |
| <input type="checkbox"/> Eine Form von Lungenkrankheit?                                                                                         | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit zu moderater Anstrengung (Beispiel: die Distanz von 1.6 km in 12 min zu Fuß zurückzulegen)? | <input type="checkbox"/> Sinus Operation?                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Pneumothorax (kollabierte Lunge)?                                                                                      | <input type="checkbox"/> Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust in den letzten fünf Jahren?                                      | <input type="checkbox"/> Ohrkrankheiten oder Operation, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen?                             |
| <input type="checkbox"/> Andere Krankheiten oder Operationen im Brustbereich?                                                                   | <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Rückenprobleme?                                                                          | <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Ohrprobleme?                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensstörungen, mentale oder psychologische Probleme (Panikattacken, Angst vor geschlossenen oder freien Räumen)? | <input type="checkbox"/> Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen?                                                                   | <input type="checkbox"/> Blutungen oder andere Blutstörungen?                                                                |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie, Krämpfe, Zuckungen oder nehmen Medikamente dagegen?                                                         | <input type="checkbox"/> Diabetes?                                                                                               | <input type="checkbox"/> Leistenbruch?                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Wiederkehrende komplizierte Migräne oder nehmen Medikamente dagegen?                                                   | <input type="checkbox"/> Probleme an Rücken, Armen oder Beinen nach Operation, Verletzung oder Bruch?                            | <input type="checkbox"/> Magengeschwüre oder eine Operation wegen Geschwüren?                                                |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle (totaler/teilweiser Verlust des Bewusstseins)?                                                        | <input type="checkbox"/> Hohen Blutdruck oder nehmen Sie Medikamente dagegen?                                                    | <input type="checkbox"/> Darmprobleme oder Darmverschluss?                                                                   |
|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Drogen-/Medikamentenmissbrauch und Behandlung darauf, z.B. Alkoholismus in den letzten fünf Jahren? |

Die von mir gemachten Angaben zu meinem medizinischen Zustand sind akkurat und nach bestem Wissen erfolgt. Ich übernehme die Verantwortung für lückenhafte oder unterlassene Angaben, falls ich versäumt haben sollte, vergangene oder gegenwärtige Gesundheitszustände zu erwähnen.

Unterschrift

Datum (TT/MM/JJ)

Unterschrift Elternteil/Erziehungsberechtigter

Datum (TT/MM/JJ)

### NOTFALL KONTAKT INFORMATION

Name

Verwandtschaftsgrad

Tel. Privat

Tel. Geschäft