

# IN ZWEI WELTEN ZUHAUSE

## 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 Tauchkurses informiert. Ihre Unterschrift und die Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sind erforderlich, damit Sie am 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 Anwenden der richtigen Techniken 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 anstrengend sein.

Ihre Atmung und Ihr Kreislauf müssen gesund sein. Alle luftgefüllten Hohlräume im Körper müssen normal und gesund sein.

Eine Person mit Herzproblemen, Erkältung, Magen-Darm-Problemen, Epilepsie, Asthma oder anderen ernstesten gesundheitlichen Problemen oder die unter Einfluss von Medikamenten, Betäubungsmitteln oder Alkohol steht, sollte nicht tauchen. Wenn Sie Medikamente einnehmen, konsultieren Sie vor der Kursteilnahme Ihren Arzt.

Sie werden während des Tauchens von Ihrem/r Tauchlehrer/in die wichtigen Sicherheitsregeln betreffend Atmung und Druckausgleich erlernen müssen. Falsche Verwendung der Ausrüstung kann zu ernstesten Verletzungen führen. Deshalb müssen Sie unter direkter Überwachung und Betreuung eines/r qualifizierten Tauchlehrers/in den sicheren Gebrauch der Ausrüstung erlernen.

Wenn beim Ausfüllen dieses Formulars Fragen auftreten, besprechen Sie diese mit Ihrem/r Tauchlehrer/in.

Die nachfolgenden Fragen dienen dazu herauszufinden, ob eine ärztliche Untersuchung vor der Teilnahme am Tauchtraining notwendig ist. 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 kann und Sie müssen sich dann tauchsportärztlich untersuchen lassen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen betreffend Ihren momentanen bzw. vergangenen Gesundheitszustand 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. Bitte sprechen Sie uns an, ob eine mit „Ja“ beantwortete Frage einen Arztbesuch zwingend macht. Formular "Ärztliches Attest".

Ihre Daten und Angaben werden äußerst vertraulich behandelt und in weiter weitergegeben oder verarbeitet. Sie dienen ausschließlich der einwandfreien Ausführung der vertraglichen Vereinbarungen im Rahmen des Tauchsports. Wir verweisen ausdrücklich auf unsere Datenschutzbestimmungen hin. (gem. Art. 9 Abs. 2 (b8c) f)

Sofern Sie keine Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand machen möchten ist die Vorlage einer tauchsportärztlichen Untersuchung vor der ersten Aktivität im Wasser zwingend notwendig.

## Angaben des/der Teilnehmers/in zum Gesundheitszustand

- \_\_\_\_\_ Könnte es sein, dass Sie schwanger sind oder beabsichtigen Sie in nächster Zeit schwanger zu werden?
- \_\_\_\_\_ Nehmen Sie regelmäßig verordnete oder nicht verordnete Medikamente?
- \_\_\_\_\_ Sind Sie älter als 45 Jahre, und erfüllen Sie einen der nachgenannten Punkte?
- Raucher/in von Pfeife, Zigarren oder Zigaretten
  - Sie haben einen erhöhten Cholesterin-Spiegel
  - Sie haben in der Familie Vorkommnisse von Herzinfällen oder Schlaganfällen

Hatten Sie in der Vergangenheit eine der nachfolgend genannten Krankheiten oder leiden Sie momentan an...

- \_\_\_\_\_ Asthma, Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung
- \_\_\_\_\_ chirurgischen Eingriffen, Verletzungen bzw. Frakturen
- \_\_\_\_\_ häufigen oder ernstesten Anfällen von Heuschnupfen bzw. Allergien?
- \_\_\_\_\_ häufigen Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis?
- \_\_\_\_\_ Unfähigkeit, mäßige Körperübungen zu erfüllen?
- \_\_\_\_\_ einer Lungenerkrankung?
- \_\_\_\_\_ Pneumothorax (Lungenriss)?
- \_\_\_\_\_ hohem Blutdruck, oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des Blutdruckes?
- \_\_\_\_\_ chirurgischen Eingriffen im Bereich des Brustkorbes?
- \_\_\_\_\_ Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen?
- \_\_\_\_\_ Herzkrankheiten?
- \_\_\_\_\_ Gesundheitsproblemen bei speziellen Verhaltensweisen/Stimmungen (Depressionen)?
- \_\_\_\_\_ Herzinfällen (Infarkten)?
- \_\_\_\_\_ Angina pectoris / chir. Eingriffen an Herz oder Blutgefäßen?
- \_\_\_\_\_ Epilepsie, Anfällen, Krämpfen, oder nehmen Sie Medikamente zu deren Vermeidung?
- \_\_\_\_\_ chirurgischen Eingriffen an Ohren oder Nebenhöhlen?
- \_\_\_\_\_ Ohrenkrankheiten, Gehörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen?
- \_\_\_\_\_ wiederholten migräneartigen Kopfschmerzen, oder nehmen Sie Medikamente zur Vermeidung?
- \_\_\_\_\_ Schwierigkeiten beim Druckausgleich bei Fahrten in die Berge bzw. im Flugzeug?
- \_\_\_\_\_ Gedächtnisstörungen oder Ohnmacht bzw. Bewusstlosigkeit?
- \_\_\_\_\_ häufiger Übelkeit durch Fahren auf dem Boot oder im Auto?
- \_\_\_\_\_ Blutungen bzw. Blutgerinnungsstörungen?
- \_\_\_\_\_ Tauchunfall oder Dekompressionskrankheit?
- \_\_\_\_\_ Weichteilbrüchen (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)?
- \_\_\_\_\_ immer wieder auftretenden Rückenbeschwerden?
- \_\_\_\_\_ Geschwüren, operativ entfernten Geschwüren?
- \_\_\_\_\_ chirurgischen Eingriffen im Rückenbereich?
- \_\_\_\_\_ chirurgischen Eingriffen im Magen-Darm-Bereich?
- \_\_\_\_\_ Magen-Darm-Problemen?
- \_\_\_\_\_ Diabetes?
- \_\_\_\_\_ übermäßigem Konsum von Medikamenten oder Alkohol?
- \_\_\_\_\_ Einnahme von Betäubungsmitteln?

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

- Ich habe die AGB zur Kenntnis genommen und akzeptiert
- Ich willige der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gem. den vertraglich vereinbarten Leistungen zu. Die Datenschutzbestimmungen wurden gelesen und akzeptiert.

Name: Anschrift:

Unterschrift / Datum

Unterschrift / Datum eines Elternteils bzw. Erziehungsberechtigten