

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR DAS SCHNUPPERTAUCHEN IM TAUCHTURM



Das Tauchsportcenter bietet regelmäßig die Möglichkeit an, unter professioneller Anleitung und Begleitung das Tauchen mit Pressluft in Form eines Schnuppertauchgangs im Tauchturm kennen zu lernen. Hiermit melde ich mich verbindlich zum Schnuppertauchen im Tauchturm am \_\_\_\_\_ an.

## PERSÖNLICHE DATEN Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen.

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Haus-Nr.	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Wohnort	<input type="text"/>
Tel. privat	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>

TT/MM/JJJJ

Meine Teilnahme erfolgt auf eigene Gefahr und eigenes Risiko. Ich wurde im Rahmen des Tauchgangsbriefings über die mit dem Tauchsport verbundenen Risiken aufgeklärt. Ggf. Offene Fragen wurden mir beantwortet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern, bzw. Erziehungsberechtigten)

## ERKLÄRUNG ZUM GESUNDHEITZUSTAND / MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Unter Wasser herrschen andere Druckverhältnisse als an der Luft. Beim Ab- und Auftauchen kann es daher zu Problemen, vorzugsweise im Hals-Nasen-Ohren-Bereich und beim Herz-Lungen-Kreislauf kommen. Bestimmte Vorerkrankungen schließen das Gerätetauchen aus oder erfordern spezielle ärztliche Untersuchungen. Mit dieser Erklärung helfen Sie uns, mit Ihnen die für Sie richtige Entscheidung zu treffen. Trifft eine der Bedingungen auf Sie zu, muss Sie dies nicht notwendigerweise vom Gerätetauchen ausschließen. Es bedeutet aber, dass Sie ärztlichen Rat einholen müssen. Wir bitten Sie daher im eigenen Interesse, den Fragebogen sorgfältig und gewissenhaft auszufüllen, damit wir mögliche Risiken erkennen können.

Der medizinische Fragebogen muss vollständig ausgefüllt werden bevor Sie am Schnuppertauchen teilnehmen. Sollten Sie noch nicht volljährig sein, muss ein Elternteil/Erziehungsberechtigter den Fragebogen unterschreiben.

Wenn Sie Bedenken bezüglich Ihrer Tauchtauglichkeit haben, die sich nicht aus dem medizinischen Fragebogen erschließen, sollten Sie sich vor dem Schnuppertauchen von Ihrem Arzt beraten lassen. Wenn Sie sich krank fühlen, sagen Sie das Schnuppertauchen ab. Gleiches gilt, wenn Sie glauben, dass Sie möglicherweise an einer ansteckenden Krankheit leiden. Beantworten Sie zu Ihrer eigenen Sicherheit und der Sicherheit aller anderen Personen, die mit Ihnen am Schnuppertauchen teilnehmen, alle Fragen ehrlich.

## ALLGEMEINER HINWEIS:

Sollten Sie unter Einfluss von Alkohol-, Drogen-, Betäubungsmitteln oder Medikamenten stehen, dürfen Sie nicht am Schnuppertauchen teilnehmen.

## HINWEIS FÜR FRAUEN:

Wenn Sie schwanger sind oder schwanger sein könnten, dürfen Sie nicht am Schnuppertauchen teilnehmen.

Bitte beantworten Sie jede einzelne Frage zu Ihrem Gesundheitszustand mit JA oder NEIN. Sollten Sie unsicher sein, kreuzen Sie JA an.

- | JA                       | NEIN                     |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatten Sie Operation(en) an Ohren oder Nebenhöhlen?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie aktuell an einer Erkältung, Blockade der Nebenhöhlen, Nebenhöhlenentzündung, Bronchitis?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie aktuell Ohrenprobleme (Ohrenentzündung, Erkrankung der Ohren, Hörverlust) oder leiden Sie unter Gleichgewichtsstörungen?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben oder hatten Sie Probleme mit den Augen oder eine Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monate?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben oder hatten Sie Probleme mit der Atmung oder den Atemwegen (schwerer Heuschnupfen, Allergien, Lungenerkrankung)?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurde bei Ihnen COVID-19 diagnostiziert?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatten Sie einen Pneumothorax oder Operationen im Brustbereich?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Asthma, leiden Sie unter Atembeschwerden bei Anstrengung oder hatten Sie ein Emphysem oder Tuberkulose?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nehmen Sie regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente ein die zur Beeinträchtigung ihrer geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit führen oder führen könnten?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurden Sie in den letzten 12 Monaten operiert oder haben Sie anhaltende Probleme im Zusammenhang mit früheren Operationen?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Magen-Darmprobleme, darunter auch kürzlich Durchfall?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatten Sie einen Darmverschluss, Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezüglich Operationen?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatten Sie eine Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Herzkrankheiten oder hatten Sie bereits einen Herzinfarkt, Herzchirurgie, Stentimplantation?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatten Sie eine Operation(en) am Herzen oder an den Blutgefäßen?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter Blutungen oder Blutgerinnungsstörungen?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatten Sie Weichteilbrüche (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben oder hatten Sie Angina Pectoris, hohen Blutdruck oder nehmen Sie Medikamente dagegen ein?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sind Sie älter als 45 und gab es in Ihrer Familie Fälle von Herzinfarkt und/oder Schlaganfall?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rauchen oder inhalieren Sie Nikotin oder andere Mittel?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Mühe, sich mäßig zu bewegen (z. B. 1,6 Kilometer in 14 Minuten laufen) oder waren Sie in den letzten 6 Monaten aus Fitness- oder Gesundheitsgründen nicht in der Lage, an einer normalen körperlichen Aktivität teilzunehmen?                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Diabetes?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie einen hohen Cholesterinspiegel?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben oder hatten Sie Verhaltensstörungen, mentale oder psychologische Probleme oder Erkrankungen des Nervensystems?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben oder hatten Sie Ohnmachtsanfälle/Blackouts (totaler/teilweiser Verlust des Bewusstseins), Epilepsie, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle oder nehmen Sie Medikamente dagegen ein?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatten oder haben Sie Platzangst oder Angst vor geschlossenen oder freien Räumen?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie regelmäßig an Migräne oder migräneartigen Kopfschmerzen oder nehmen Sie Medikamente zu deren Vermeidung ein?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Befinden Sie sich derzeit wegen psychologischer Probleme, Persönlichkeitsstörungen, Panikattacken, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit in Behandlung oder haben Sie in den letzten 5 Jahren eine Behandlung benötigt oder wurde bei Ihnen eine Lernbehinderung diagnostiziert? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben oder hatten Sie Probleme mit dem Rücken oder chirurgische Eingriffe im Rückenbereich?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatten Sie chirurgische Eingriffe, Verletzungen, bzw. Frakturen an Rücken, Armen oder Beinen?   |

## ERKLÄRUNG DES/DER TEILNEHMERS/TEILNEHMERIN

Die von mir gemachten Angaben zu meinem Gesundheitszustand 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.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in  
(bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern, bzw. Erziehungsberechtigten)

## ABRECHNUNG (wird vom TSC-Personal ausgefüllt)

Bar  Karte  TSC-Gutschein

Gutschein-Nr.: \_\_\_\_\_