

Teilnahmeerklärung zum Schnuppertauchen

(im Schwimmbad oder im Freiwasser bei schwimmbadähnlichen Verhältnissen)

Ich möchte an einem sog. „Schnuppertauchen“ teilnehmen. Meine persönlichen Daten lauten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Vollständige Adresse:

Telefon:

Mir ist bekannt, dass das Tauchen mit Druckluft mit Risiken verbunden ist. Bestimmte Krankheitsbilder schließen das Tauchen definitiv aus. Hat der Teilnehmer jemals folgende Erkrankungen oder Probleme?

Richtige Aussagen bitte ankreuzen!

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akute Erkältung (Nasen- / Rachenprobleme) | <input type="checkbox"/> Asthma, Tuberkulose, Bronchitis oder Lungenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Chronischer bzw. dauerhafter Husten |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Gelenk- oder Rückenverletzungen |
| <input type="checkbox"/> Akute Gehörgang-/Ohrenentzündung | <input type="checkbox"/> Platzangst |
| <input type="checkbox"/> Taubheit oder Ohrengeräusche | <input type="checkbox"/> Leidet unter Krampfanfällen |
| <input type="checkbox"/> Operationen am Ohr/Trommelfell | <input type="checkbox"/> häufige, schwere Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Trommelfellerkrankung | <input type="checkbox"/> Leidet an einer Nervenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schwindel, Ohnmacht, Anfälle (Epilepsie usw.) | <input type="checkbox"/> Ist derzeit in ärztlicher Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Nimmt derzeit Medikamente ein | <input type="checkbox"/> Leidet an einer chronischen Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Trägt Prothesen, Zahnersatz etc. | <input type="checkbox"/> Alkohol- oder Drogeneinnahme |
| <input type="checkbox"/> Augen- Sehprobleme | <input type="checkbox"/> Schädelbasisverletzungen |
| <input type="checkbox"/> Operationen am Auge | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Bewegungsapparates |
| <input type="checkbox"/> Diabetes, Allergien, Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Panikreaktionen, psychischen Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Kann nicht schwimmen |
| <input type="checkbox"/> Operation in den letzten vier Monaten | |

Diese Aufzählung ist nicht abschließend!

Ich bestätige, dass die oben gemachten Angaben nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich stimme zu, dass ich alle Verantwortung für Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit der Teilnahme am Tauchsport (inklusive solcher Risiken, die durch die bestehenden Erkrankungen oder Änderungen des Gesundheitszustandes und / oder durch ein Verschweigen von vorhandenen oder vergangenen Erkrankungen entstehen) selbst übernehme.

Ich habe mich über die oben genannten Inhalte vollständig informiert, indem ich diese gelesen und verstanden habe, bevor ich meine Unterschrift leiste.

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmer: _____

Für Minderjährige !

Hat der Teilnehmer des „Schnuppertauchgangs“ das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, so sind die Unterschriften der gesetzlichen Vertreter (in der Regel **beider Elternteile**) erforderlich. Die gesetzlichen Vertreter haben sich über die oben genannten Inhalte vollständig informiert, indem sie diese gelesen und verstanden haben. Ihnen ist bekannt, dass eine Teilnahme an einem „Schnuppertauchgang“ heute erst ab einem Alter von 12 Jahren möglich ist.

Ort, Datum, Unterschriften der gesetzliche Vertreter
