

ERKLÄRUNG ZUM GESUNDHEITZUSTAND

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 Programms/Tauchkurses informiert. Ihre Unterschrift auf diesem Formular ist erforderlich, damit Sie am Tauchkurs teilnehmen können

Name des/r Tauchlehrers: Peter Rehse

Name der/s Tauchschule/Centers pro dive under

Ort / Land: 647566 Mossautal / Germany

Lesen Sie diese Erklärung vor dem Unterschreiben. Sie müssen die "Erklärung zum Gesundheitszustand" mit dem medizinischen Fragebogen ausfüllen, bevor Sie an einem 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 Anwendung der richtigen Techniken, ist es ein relativ sicherer Sport. Wenn jedoch die bestehenden Sicherheitsregeln nicht befolgt werden, bestehen erhöhte Gefahren

Um sicher zu tauchen, sollten Sie nicht extrem übergewichtig oder nicht in Form

sein. Der Tauchsport kann unter bestimmten Umständen anstrengend sein. Ihre Atmung und Ihr Kreislauf müssen gesund sein. Alle luftgefüllten Hohlräume im Körper müssen normal und gesund sein. Personen mit einer Herzerkrankung, einer akuten Erkältung Magen-Darm-Problemen, Epilepsie oder anderen ernst gesundheitlichen Problemen oder die unter Einfluss von Alkohol, Medikamenten oder Betäubungsmitteln stehen, sollten nicht tauchen. Falls Sie unter Asthma, einer Herzerkrankung oder chronischen Erkrankungen leiden oder falls Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, sollten Sie vor der Kursteilnahme Ihren Arzt/Ihre Ärztin und Ihre/n Tauchlehrer/in aufsuchen. Dies sollten Sie auch nach Kursabschluss regelmäßig tun. Sie werden von Ihrem/r Tauchlehrer/in die wichtigen Sicherheitsregeln betreffend Atmung und Druckausgleich beim Tauchen erlernen. Die falsche Verwendung der Tauchausrüstung kann zu ersten Verletzungen führen. Deshalb müssen Sie unter direkter Überwachung und Betreuung eines/r qualifizierten Tauchlehrers/in den sicheren Gebrauch der Ausrüstung erlernen

Sollten Sie zu dieser Erklärung oder dem medizinischen Fragebogen weitere Fragen haben, besprechen Sie sich bitte mit Ihrem/r Tauchlehrer/in, bevor Sie unterschreiben.

Medizinischer Fragebogen für Taucher

Für den Teilnehmer: Der nachfolgende medizinische Fragebogen dient dazu herauszufinden, ob Sie sich vor der Teilnahme an der Tauchausbildung ärztlich untersuchen lassen sollten. 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 könnte, und Sie müssen sich in diesem Fall vor der Teilnahme an Tauchaktivitäten ärztlich untersuchen/beraten lassen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem 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 von einem Arzt untersuchen lassen, bevor Sie am Tauchsport teilnehmen. Zu diesem Zweck wird Ihnen Ihr/e Tauchlehrer/in die RSTC Richtlinien für tauchsportärztliche Untersuchungen für Ihren Arzt/Ihre Ärztin aushändigen.

- Könnte es sein, dass Sie schwanger sind, oder wünschen Sie sich eine Schwangerschaft?
- Nehmen Sie gegenwärtig verordnete Medikamente? (mit Ausnahme von Anti-Konzeptiva oder Malaria-Prophylaxe)
- Sind Sie älter als 45 Jahre und erfüllen Sie einen der folgenden Punkte?
 - Raucher/in von Pfeife, Zigarren oder Zigaretten
 - Sie haben einen erhöhten Cholesterin-Spiegel
 - Sie haben in der Familie Vorkommnisse von Herzinfarkt oder Schlaganfall
 - Sie befinden sich momentan in ärztlicher Behandlung
 - Sie haben einen erhöhten Blutdruck
 - Sie leiden an Diabetes Mellitus, auch wenn diese nur durch Diät unter Kontrolle ist

Hatten Sie in der Vergangenheit oder leiden Sie momentan an einer der nachfolgenden Krankheiten?

- Asthma, Atembeschwerden, oder Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung
- häufige oder ernste Anfälle von Heuschnupfen bzw. Allergien
- häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis
- irgendeine Form einer Lungenerkrankung
- Pneumothorax
- Erkrankungen oder chirurgische Eingriffe im Bereich des Brustkorbes
- körperliche oder psychische Probleme in Form von Panik, Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen
- Epilepsie, Anfälle, Krämpfe, oder nehmen Sie Medikamente dagegen
- wiederholt auftretende massive migräneartige Kopfschmerzen, oder nehmen Sie Medikamente dagegen
- Ohnmachtsanfälle (gänzlicher oder teilweiser Verlust des

- Bewusstseins)
- häufige oder starke Reisekrankheit (Boot, Auto usw.)
- Ruhr oder Entwässerung mit notwendiger medizinischer Versorgung
- irgendein Tauchunfall oder Dekompressions-Krankheit
- Unfähigkeit, mäßige Körperübungen zu erfüllen (z.B. 1,6 km in 12 Min. gehen)
- Kopfverletzungen innerhalb der letzten 5 Jahre mit Bewusstseinsverlust
- immer wieder auftretende Rückenbeschwerden
- chirurgische Eingriffe im Bereich des Rückens oder der Wirbelsäule
- Diabetes
- Probleme an Rücken, Armen oder Beinen in Folge chirurgische Eingriffe, Verletzungen oder Brüchen
- hoher Blutdruck oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des Blutdrucks
- Herzkrankheiten
- Herzinfarkte (Infarkte)
- Angina pectoris, chirurgische Eingriffe an Herz oder Blutgefäßen
- chirurgische Eingriffe an Nebenhöhlen
- Ohrenkrankheiten oder -operationen, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen
- wiederholte Ohrprobleme
- Blutungen oder andere Blutprobleme
- Weichteilbrüche (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)
- Geschwüre oder operativ entfernte Geschwüre
- künstlicher Darmausgang (Colostomie oder Ileostomie)
- Einnahme von sportlichen Aufbaupräparaten oder Behandlung wegen Alkoholproblemen in den letzten 5 Jahren

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

Ich übernehme die Verantwortung für unterlassene Angaben zu meinem vergangenen oder gegenwärtigen Gesundheitszustand.

Unterschrift Datum Unterschrift der Eltern, Erziehungsberechtigten Datum