

Erklärung zum Gesundheitszustand

Tauchcenter

Vertrauliche Informationen

Bitte vor dem Unterschreiben sorgfältig durchlesen!

Diese Erklärung dient dem Zweck, Sie über die möglichen Risiken des Gerätetauchens und die von Ihnen einzuhaltenen Verhaltensregeln während der Tauchausbildung zu informieren.

Vor Beginn der Ausbildung ist es erforderlich, diese Erklärung zusammen mit den „Angaben zum Gesundheitszustand“ sorgfältig durchzulesen und nach bestem Wissen und Gewissen vollständig auszufüllen und zu unterschreiben.

Tauchen ist ein sehr sicherer Sport. Voraussetzung hierfür ist jedoch das korrekte Verhalten und die richtige Anwendung der erlernten Techniken. Anderenfalls bestehen Risiken.

Einerseits sind diese möglichen Risiken im Tauchen selbst begründet.

Ihr Tauchlehrer wird Sie in den notwendigen Techniken z.B. hinsichtlich Atmung und Druckausgleich sowie sicherer Anwendung der technischen Ausrüstung unterweisen. Falsche Verwendung der Ausrüstung oder fehlerhaftes Verhalten kann zu ernsthaften, im Extremfall lebensgefährlichen Verletzungen führen.

Darum ist es unbedingt erforderlich, die Anwendung der

Ausrüstung und die Taughtechniken unter Betreuung und Überwachung durch einen qualifizierten Instructor zu erlernen.

Andererseits gibt es Risikofaktoren, die in Ihrer Person begründet sind.

Der Tauchsport kann unter Umständen körperlich wie psychisch sehr anspruchsvoll sein. Um sicher zu tauchen, ist eine gewisse Fitness unabdingbar. Sie sollten weder extrem übergewichtig noch völlig untrainiert sein. Ihre Atmung und Ihr Kreislauf müssen gesund sein. Eine Person mit Herzproblemen, Epilepsie, Asthma, starker Erkältung, Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes oder anderen erheblichen Störungen der Gesundheit sollte nicht ohne Weiteres tauchen. Dies gilt auch für Personen, die unter dem Einfluss von Medikamenten, Betäubungsmitteln, Alkohol oder anderen Drogen stehen.

Bitte füllen Sie daher die „Angaben zum Gesundheitszustand“ sorgfältig und vollständig aus. Sollten Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, konsultieren Sie bitte einen Arzt und sprechen Sie mit Ihrem Instructor.

Sollten beim Ausfüllen dieses Formulars Fragen auftreten, besprechen Sie diese bitte mit Ihrem Tauchlehrer.

Angaben zum Gesundheitszustand

Die folgenden Fragen dienen dazu, herauszufinden, ob vor dem Beginn der Tauchausbildung eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist. Bitte kreuzen Sie bei jeder der folgenden Fragen entweder „ja“ oder „nein“ an. Sind Sie sich unsicher, kreuzen Sie bitte „ja“ an. Eine mit „ja“ beantwortete Frage bedeutet nicht, dass Sie den Tauchsport nicht ausüben können. Sie ist lediglich ein Hinweis auf einen Risikofaktor, der einer ärztlichen Abklärung bedarf, um Ihre Sicherheit beim Tauchen zu gewährleisten. In diesem Fall muss vor Beginn eine tauchsportärztliche Untersuchung und Beratung erfolgen.

Bitte besprechen Sie auftretende Fragen mit Ihrem Tauchlehrer.

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Könnte es sein, dass Sie schwanger sind, oder streben Sie eine Schwangerschaft an? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Sind Sie schon einmal an den Atemwegen, Ohren oder Nebenhöhlen operiert worden? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Nehmen Sie regelmäßig verordnete oder nicht verordnete Medikamente? (Ausnahme Kontrazeptiva) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Leiden Sie unter häufiger Übelkeit bei Fahrten in Boot oder Auto? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Leiden Sie unter Ohrenkrankheiten, Gehörschwäche, oder Gleichgewichtsstörungen? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Nehmen Sie andere Drogen? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Rauchen Sie (Zigarette, Zigarre, Pfeife, E-Zigarette)? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Leiden Sie unter Allergien? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Leiden Sie unter Asthma oder COPD? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Treten vermehrt Blutungen oder blaue Flecken auf oder ist eine Blutgerinnungsstörung bekannt? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Besteht derzeit eine akute Erkältung? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Haben Sie Implantate im Körper (z.B. nach Knochenbrüchen, Herzschrittmacher)? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Leiden Sie unter anderen Erkrankungen der Lunge oder der Atemwege? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Hatten Sie jemals eine Dekompressionserkrankung oder einen Unfall im Zusammenhang mit Überdruck bzw. Druckluft? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Sind Sie in der Vergangenheit schon einmal an der Lunge oder am Herzen operiert worden? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Sind Sie schon einmal wegen Knochenbrüchen oder Rückenbeschwerden operiert worden? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Ist bei Ihnen schon einmal ein Pneumothorax / Lungenriss aufgetreten? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Schnarchen Sie stark? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Haben Sie Bluthochdruck? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Leiden Sie unter Diabetes mellitus? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Haben Sie eine bekannte Herzerkrankung? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Haben Sie einen erhöhten Cholesterinspiegel? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Leiden Sie unter Herzmuskelschwäche? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Leiden Sie unter Epilepsie oder Krampfanfällen oder nehmen Sie Medikamente zu ihrer Vermeidung? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Leiden Sie unter Kurzatmigkeit auch nach leichten Anstrengungen? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Leiden Sie unter häufigen starken Kopfschmerzen oder Migräne oder nehmen Sie Medikamente zu ihrer Vermeidung?? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Sind Sie unfähig, mäßige Anstrengungen zu erfüllen (z.B. rasches Gehen, ca 1,5 km in 10 Minuten)? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Leiden Sie unter einer Depression oder Angststörung oder nehmen Sie Medikamente zu ihrer Vermeidung? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Besteht oder bestand eine Gefässerkrankung? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Haben Sie einen Weichteilbruch (Leisten-, Bauchwand-, Schenkel-, Zwerchfellbruch)? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Haben oder hatten Sie schon einmal einen Gefäßverschluss durch ein Blutgerinnsel (Thrombose / Embolie)? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Sind Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes bekannt (z.B. Sodbrennen)? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Wurden Sie schon einmal an den Blutgefäßen operiert? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Wurden Sie schon einmal am Magen-Darm-Trakt operiert? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Haben Sie Schwierigkeiten beim Druckausgleich z.B. beim Fliegen oder bei Fahrten ins Gebirge? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Leiden Sie unter anderen Störungen der Gesundheit, nach denen hier nicht ausdrücklich gefragt wurde? |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Leiden Sie unter häufigen Infekten der Atemwege oder der Nebenhöhlen? | | |

Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand vollständig, zutreffend und nach bestem Wissen und Gewissen erfolgt sind.

Name (Blockschrift)

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift durch Erziehungsberechtigten)

Datum