

ERKLÄRUNG ZUM GESUNDHEITZUSTAND

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 Tauchlehrers: **Mike Adams**
 Name der Tauchschule: **Tauchschule Westerwald**
 Name des Tauchschülers: _____

Lesen Sie diese Erklärung vor dem Unterschreiben. Sie müssen diese "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 ernstesten 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 Ihren Tauchlehrer aufsuchen. Dies sollten Sie auch nach Kursabschluss regelmäßig tun. Sie werden von Ihrem Tauchlehrer die wichtigen Sicherheitsregeln betreffend „Atmung und Druckausgleich“ beim Tauchen erlernen. Die falsche Verwendung der Tauchausrüstung kann zu ernststen Verletzungen führen. Deshalb müssen Sie unter direkter Überwachung und Betreuung eines qualifizierten Tauchlehrers den sicheren Gebrauch der Ausrüstung erlernen.

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

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem momentanen bzw. vergangenen Gesundheitszustand mit **JA** oder **NEIN**. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit **JA**. 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. Falls Sie eine Frage mit **JA** beantworten, ist es erforderlich, dass:

1. Sie Ihren Tauchlehrer darauf aufmerksam machen und diesen Punkt besprechen bevor Sie mit den Pooleinheiten beginnen.
2. Sie sich von einem Arzt untersuchen lassen, bevor Sie an der Freigewässerausbildung teilnehmen.

Medizinischer Fragebogen für Taucher

<input type="checkbox"/> Könnte es sein, dass Sie schwanger sind, oder wünschen Sie sich eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> Nehmen Sie gegenwärtig verordnete Medikamente? (mit Ausnahme von Anti-Konzeptiva oder Malaria-Prophylaxe) <input type="checkbox"/> Sind Sie älter als 45 Jahre und erfüllen Sie einen der folgenden Punkte? <input type="checkbox"/> Raucher/in von Pfeife, Zigarren oder Zigaretten <input type="checkbox"/> erhöhter Cholesterin-Spiegel <input type="checkbox"/> Vorkommnisse von Herzinfarkt oder Schlaganfall in der Familie <input type="checkbox"/> Sie befinden sich momentan in ärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> Sie leiden an Diabetes Melitus, auch wenn diese nur durch Diät unter Kontrolle ist <input type="checkbox"/> Hatten Sie in der Vergangenheit oder leiden Sie momentan an einer der nachfolgenden Krankheiten? <input type="checkbox"/> Asthma, Atembeschwerden, oder Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung <input type="checkbox"/> häufige oder ernste Anfälle von Heuschnupfen bzw. Allergien <input type="checkbox"/> Häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis <input type="checkbox"/> Irgendeine Form einer Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> Pneumothorax <input type="checkbox"/> Erkrankungen oder chirurgische Eingriffe im Bereich des Brustkorbes <input type="checkbox"/> Körperliche oder psychische Probleme in Form von Panik, Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen <input type="checkbox"/> Epilepsie, Anfälle, Krämpfe, oder nehmen Sie Medikamente dagegen <input type="checkbox"/> Wiederholt auftretende massive migräneartige Kopfschmerzen, oder nehmen Sie Medikamente dagegen	<input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle (gänzlicher oder teilweiser Verlust des Bewusstseins) <input type="checkbox"/> Häufige oder starke Reisekrankheit (Boot, Auto usw.) <input type="checkbox"/> Ruhr oder Entwässerung mit notwendiger medizinischer Versorgung <input type="checkbox"/> Irgendein Tauchunfall oder Dekompressions-Krankheit <input type="checkbox"/> Unfähigkeit mäßige Körperübungen zu erfüllen (z.B. 1,6km in 12Min. gehen) <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen innerhalb der letzten 5 Jahre mit Bewusstseinsverlust <input type="checkbox"/> Immer wieder auftretende Rückenbeschwerden <input type="checkbox"/> Chirurgische Eingriffe im Bereich des Rückens oder der Wirbelsäule <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Probleme an Rücken, Armen oder Beinen in Folge chirurgischer Eingriffe, Verletzungen oder Brüchen <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des Blutdrucks <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten <input type="checkbox"/> Herzinfarkte (Infarkte) <input type="checkbox"/> Angina pectoris, chirurgische Eingriffe an Herz oder Blutgefäßen <input type="checkbox"/> Chirurgische Eingriffe an Nebenhöhlen <input type="checkbox"/> Ohrenkrankheiten oder -operationen, Gehörverlust oder Gleichgewichtsstörungen <input type="checkbox"/> Wiederholte Ohrprobleme <input type="checkbox"/> Blutungen oder andere Blutprobleme <input type="checkbox"/> Weichteilbrüche (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell) <input type="checkbox"/> Geschwüre oder operativ entfernte Geschwüre <input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang (Colostomie oder Ileostomie) <input type="checkbox"/> 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.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG BEI MINDERJÄHRIGEN

Hat der 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.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____