

# 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 Tauchkurses informiert. Ihre Unterschrift und die Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sind erforderlich, damit Sie am Tauchkurs teilnehmen können.

Name des/r Tauchlehrers/in Georg Schürkötter

Name der/s Tauchschule/-centers Tauch-mit-Georg Ort Menden

Lesen und besprechen Sie diese Erklärung vor dem Unterschreiben. Sie müssen diese "Erklärung zum Gesundheitszustand" ausfüllen, die Angaben über Ihre Krankheitsgeschichte enthält, bevor Sie an einem Tauchkurs teilnehmen können. Sind Sie noch nicht volljährig, müssen zudem die Erziehungsberechtigten unterschreiben.

Tauchen ist eine aufregende und anspruchsvolle Aktivität. Bei korrektem Verhalten und Anwenden der richtigen Techniken ist es ein sehr sicherer Sport. Wenn jedoch die bestehenden Sicherheitsregeln nicht befolgt werden, treten Gefahren auf.

Um sicher zu tauchen, dürfen Sie nicht extrem übergewichtig oder untrainiert sein. Der Tauchsport kann in gewissen Situationen sehr anstrengend sein. Ihre Atmung und Ihr Kreislauf müssen gesund sein. Alle luftgefüllten Hohlräume im Körper müssen normal und gesund sein. Eine Person mit Herzproblemen, Erkältung, Magen- Darm-Problemen, Epilepsie, Asthma oder anderen ernsten gesundheitlichen Problemen oder die unter Einfluss von Medikamenten, Betäubungsmitteln oder Alkohol steht, sollte nicht tauchen. Wenn Sie Medikamente einnehmen, konsultieren Sie vor der Kursteilnahme Ihren Arzt und Ihre/n Tauchlehrer/in.

Sie werden während des Tauchkurses von Ihrem/r Tauchlehrer/in die wichtigen Sicherheitsregeln, die Atmung und den Druckausgleich betreffen, erlernen müssen. Falsche Verwendung der Ausrüstung kann zu ernsten Verletzungen führen. Deshalb müssen Sie unter direkter Überwachung und Betreuung eines/r qualifizierten Tauchlehrers/in den sicheren Gebrauch der Ausrüstung erlernen.

Wenn beim Ausfüllen dieses Formulars Fragen auftreten, besprechen Sie diese mit Ihrem/r Tauchlehrer/in.

## ANGABEN DES/DER TEILNEHMERS/IN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Die nachfolgenden Fragen dienen dazu herauszufinden, ob eine ärztliche Untersuchung vor der Teilnahme am Tauchtraining/Tauchkurs für Beginner angezeigt ist. 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 kann, und Sie müssen sich dann tauchsportärztlich untersuchen lassen.

Haben Sie Spaß am Tauchsport gefunden und beabsichtigen Sie auch nach dem Ende des Tauchtrainings/Tauchkurses für

Beginner aktiv weiter zu tauchen, müssen sie sich zu Ihrer eigenen Sicherheit von einem Arzt Ihres Vertrauens tauchsportärztlich untersuchen lassen, bevor Sie weitere Tauchaktivitäten unternehmen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen betreffend Ihren 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 bei einem Arzt untersuchen und beraten lassen, bevor Sie am Tauchsport teilnehmen.

### NICHT BEIM SCHNUPPERTAUCHEN!

\_\_\_\_\_ Könnte es sein, dass Sie schwanger sind, oder wünschen Sie sich eine Schwangerschaft?

\_\_\_\_\_ Nehmen Sie regelmäßig verordnete oder nicht verordnete Medikamente?

\_\_\_\_\_ Sind Sie älter als 45 Jahre, und erfüllen Sie einen der nachgenannten Punkte?

- Raucher/in von Pfeife, Zigarren oder Zigaretten
- Sie haben einen erhöhten Cholesterin-Spiegel
- Sie haben in der Familie Vorkommnisse von Herzinfällen oder Schlaganfällen

**Hatten Sie in der Vergangenheit eine der nachfolgend genannten Krankheiten oder leiden Sie momentan an...**

- Asthma, Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung
- häufigen oder ernsten Anfällen von Heuschnupfen bzw. Allergien?
- häufigen Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis?
- einer Lungenerkrankung?
- Pneumothorax (Lungenriss)?
- chirurgischen Eingriffen im Bereich des Brustkorbes?
- Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen?
- Gesundheitsproblemen bei speziellen Verhaltensweisen/Stimmungen (Depressionen)?
- Epilepsie, Anfällen, Krämpfen, oder nehmen Sie Medikamente zu deren Vermeidung?
- wiederholten migräneartigen Kopfschmerzen, oder nehmen Sie Medikamente zur Vermeidung?
- Gedächtnisstörungen oder Ohnmacht bzw. Bewusstlosigkeit?
- häufiger Übelkeit durch Fahren auf dem Boot oder im Auto?
- Tauchunfall oder Dekompressionskrankheit?
- immer wieder auftretenden Rückenbeschwerden?
- chirurgischen Eingriffen im Rückenbereich?
- Diabetes?
- chirurgischen Eingriffen, Verletzungen bzw. Frakturen an Rücken, Armen oder Beinen?
- Unfähigkeit, mäßige Körperübungen zu erfüllen (z.B. 1,5 km in 10 Min. gehen)?
- hohem Blutdruck, oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des Blutdruckes?
- Herzkrankheiten?
- Herzanfällen (Infarkten)?
- Angina pectoris / chir. Eingriffen an Herz oder Blutgefäßen?
- chirurgischen Eingriffen an Ohren oder Nebenhöhlen?
- Ohrenkrankheiten, Gehörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen?
- Schwierigkeiten beim Druckausgleich bei Fahrten in die Berge bzw. im Flugzeug?
- Blutungen bzw. Blutgerinnungsstörungen?
- Weichteilbrüchen (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)?
- Geschwüren, operativ entfernten Geschwüren?
- Magen-Darm-Problemen?
- übermäßigem Konsum von Medikamenten oder Alkohol?
- Einnahme von Betäubungsmitteln?

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten, sofern notwendig / Datum

**KURSTEILNEHMER/IN**

**Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen.**

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Tag/Monat./Jahr) \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Name und Adresse Ihres Hausarztes bzw. behandelnden Arztes**

Name \_\_\_\_\_ Krankenhaus \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Datum Ihrer letzten Untersuchung \_\_\_\_\_

Name des untersuchenden Arztes \_\_\_\_\_

Krankenhaus \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_