

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 _____

Name der/s Tauchschule/-centers _____ Ort _____

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, muss zudem ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter 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, können Gefahren auftreten.

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 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 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.

Für die Freiwassertauchgänge muß in jedem Fall ein tauchsportärztliches Attest vorgelegt werden, daß nicht älter als ein Jahr ist.

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. Formular "Ärztliches Attest" siehe Seite 3.

_____ 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 eines Elternteils bzw. Erziehungsberechtigten, sofern notwendig / Datum

Bemerkung Arzt / Eltern

ÄRZTLICHES ATTEST

KURSTEILNEHMER/IN

Bitte in **DRUCKSCHRIFT** ausfüllen.

Vorname/Name _____

Strasse _____

Land _____ PLZ _____ Stadt _____

Tel. Privat _____ Tel. Geschäft _____ FAX _____

Geburtsdatum (Tag/Monat./Jahr) _____ Beruf _____

Name und Adresse Ihres Hausarztes bzw. behandelnden Arztes

Name _____ Krankenhaus _____

Adresse _____

Telefon _____

Datum Ihrer letzten Untersuchung _____

Name des untersuchenden Arztes _____

Krankenhaus _____

Adresse _____ Telefon _____

Wurden Sie schon einmal tauchsportärztlich untersucht? JA NEIN wenn ja, wann? _____

ARZT / ÄRZTIN

Diese Person ist Kandidat/in für eine Ausbildung im Sporttauchen mit Presslufttauchgerät bzw. ist bereits brevetierte/r Taucher/in. Wie beurteilen Sie aus medizinischer Sicht die Tauchtauglichkeit?

BEURTEILUNG

- Aus medizinischer Sicht kann ich nichts feststellen, was ich mit dem Tauchen als unvereinbar erachte.
- Aus medizinischer Sicht kann ich dieser Person die Ausübung des Tauchsports **nicht** empfehlen.

BEMERKUNGEN

Name des Arztes _____

Adresse _____ Telefon _____

Unterschrift _____ Datum _____