

# Teilnahmeerklärung zum Schnuppertauchen

im Schwimmbad oder im Freiwasser bei schwimmbadähnlichen Verhältnissen

Der Teilnehmer am „Schnuppertauchen“ unternimmt einen leichten Tauchgang mit DTG-Ausrüstung, bei dem er in jeder Hinsicht vom Ausbilder betreut wird.

Ich bzw. mein/unser Kind möchte an einem sog. „Schnuppertauchgang“ teilnehmen.

Die persönlichen Daten lauten wie folgt:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Vollständige Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/e-Mail: \_\_\_\_\_

Bestimmte Krankheitsbilder schließen das Tauchen definitiv aus.

Hat der Teilnehmer folgende Erkrankungen oder Probleme? **Richtige Aussagen bitte ankreuzen!**

- |                                                                                                                           |                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Akute Erkältung (Nasen- oder Rachenprobleme)                                                     | <input type="checkbox"/> Asthma, Tuberkulose, Bronchitis oder Lungenentzündung           |
| <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenerkrankungen                                                                          | <input type="checkbox"/> Chronischer bzw. dauerhafter Husten                             |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen                                                                             | <input type="checkbox"/> Gelenk- oder Rückenverletzungen                                 |
| <input type="checkbox"/> Akute Gehörgangs-/Ohrenentzündung                                                                | <input type="checkbox"/> Platzangst                                                      |
| <input type="checkbox"/> Taubheit oder Ohrengeräusche                                                                     | <input type="checkbox"/> Raucht 20 oder mehr Zigaretten/Tag                              |
| <input type="checkbox"/> Operationen am Ohr/Trommelfell                                                                   | <input type="checkbox"/> Leidet unter Krampfanfällen                                     |
| <input type="checkbox"/> Trommelfellerkrankung                                                                            | <input type="checkbox"/> Leidet unter schweren, häufigen Kopfschmerzen                   |
| <input type="checkbox"/> Problem, den Druck in den Ohren auszugleichen (z.B. bei Fahrten in die Berge oder beim Fliegen). | <input type="checkbox"/> Leidet an einer Nervenerkrankung                                |
| <input type="checkbox"/> Schwindel-, Ohnmachts- oder andere Anfälle (Epilepsie u.a.)                                      | <input type="checkbox"/> Ist derzeit in ärztlicher Behandlung                            |
| <input type="checkbox"/> Nimmt regelmäßig bzw. derzeit Medikamente ein                                                    | <input type="checkbox"/> Leidet an einer chronischen Krankheit                           |
| <input type="checkbox"/> Trägt Prothesen, Zahnersatz etc.                                                                 | <input type="checkbox"/> Alkohol- oder Drogeneinnahme                                    |
| <input type="checkbox"/> Augen- Sehprobleme                                                                               | <input type="checkbox"/> Schädelbasisverletzungen                                        |
| <input type="checkbox"/> Operationen am Auge                                                                              | <input type="checkbox"/> Leidet an Erkrankungen des Bewegungsapparates                   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes, Allergien, Hauterkrankungen                                                            | <input type="checkbox"/> Neigt zu Panikreaktionen, leidet unter psychischen Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen                                                                                 | <input type="checkbox"/> Kann nicht schwimmen                                            |
| <input type="checkbox"/> Musste sich in den letzten vier Monaten einer Operation unterziehen                              |                                                                                          |

**Diese Aufzählung ist nicht abschließend!** Dringend zu empfehlen ist eine tauchsportärztliche Untersuchung. Erst hierbei kann festgestellt werden, ob Erkrankungen vorliegen, die das Tauchen zur Gefahr werden lassen!

Ich/Wir bestätige/n, dass die oben gemachten Angaben nach meinem/unserem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Mir/Uns ist bekannt, dass das Tauchen mit Druckluft mit Risiken verbunden ist. Ich/Wir stimme/n zu, dass ich/wir alle Verantwortung für Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit der Teilnahme am Tauchsport (inklusive solcher Risiken, die durch die bestehenden Erkrankungen oder Änderungen des Gesundheitszustandes und / oder durch ein Verschweigen von vorhandenen oder vergangenen Erkrankungen entstehen) selbst übernehme/n.

Ich habe mich über die oben genannten Inhalte vollständig informiert, indem ich diese gelesen und verstanden habe, bevor ich meine Unterschrift leiste.

Ort, Datum, Unterschrift Teilnehmer \_\_\_\_\_

## Für Minderjährig:

Hat der Teilnehmer des „Schnuppertauchgangs“ das 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. Ihnen ist bekannt, dass eine Teilnahme an einem „Schnuppertauchgang“ erst mit Vollendung des 8. Lebensjahres möglich ist.

Ort, Datum, Unterschriften gesetzliche Vertreter \_\_\_\_\_