

| | | |
|--|---|--|
| | <h2 style="margin: 0;">ERKLÄRUNG ZUM GESUNDHEITZUSTAND</h2> | |
|--|---|--|

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, welche 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, 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 ernstes gesundheitlichen Problemen oder die unter Einfluss von Medikamenten, Betäubungsmitteln oder Alkohol steht, sollte nicht tauchen. Wenn Sie Medikamente einnehmen, konsultieren Sie vor der Kurs-Teilnahme Ihren Arzt und Ihre/n Tauchlehrer/in.

Sie werden während des Tauchens von Ihrem/r Tauchlehrer/in die wichtigen Sicherheitsregeln betreffend Atmung und Druckausgleich erlernen müssen. Falsche Verwendung der Ausrüstung kann zu ernstes 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.

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 Rückseite.

- _____ Könnte es sein, dass Sie schwanger sind, oder wünschen Sie sich eine Schwangerschaft?
- _____ Nehmen Sie regelmässig verordnete oder nicht verordnete Medikamente? (mit Ausnahme von Anti-Konzeptiva).
- _____ 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 Herzanfällen oder Schlaganfällen

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

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> _____ Asthma, Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung _____ häufigen oder ernstes 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? | <ul style="list-style-type: none"> _____ 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 erfolgen.

Unterschrift _____ Datum _____

Unterschrift eines Elternteils bzw. Erziehungsberechtigten, sofern notwendig _____ Datum _____

**ÄRZTLICHES ATTEST****KURSTEILNEHMER/IN**

Bitte in **DRUCKSCHRIFT** ausfüllen.

Vorname/Name _____

Strasse _____

Land _____ PLZ _____ Stadt _____

Tel. Privat _____ Tel. Geschäft _____ FAX _____

Geburtsdatum (Tag/Mt./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 diese Person nicht für den Tauchsport empfehlen.

BEMERKUNGEN _____

Name des Arztes _____

Adresse _____ Telefon _____

Unterschrift _____ Datum _____