

# Tauchclub Bielefeld e.V.

Mitglied im Verband Deutscher Sporttaucher e.V.

VDST-Mitgliedsnummer: 08 | 0030



## Anmeldung zum Schnuppertauchen und Erklärung zum Gesundheitszustand

### I. Anmeldung zum Schnuppertauchen

|   |                               |                          |
|---|-------------------------------|--------------------------|
| <b>Folgende Angaben sind für die Durchführung des Schnuppertauchens erforderlich:</b> |                               |                          |
| <input type="checkbox"/> Frau   | <input type="checkbox"/> Herr |                          |
| _____   | _____                         | _____                    |
| Vorname   | Nachname                      | geb. am                  |
| <b>Adresse:</b>   |                               |                          |
| _____   | _____                         | _____                    |
| Straße  | PLZ   Ort                     |                          |
| <b>Email:</b> _____   |                               |                          |
| <b>Bei Minderjährigen:</b>  |                               |                          |
| <b>Gesetzliche Vertreter:</b>   |                               |                          |
| _____   | _____                         | _____                    |
| Mutter  | Vater                         | Erreichbar (Mobilnummer) |

### II. Erklärung zum Gesundheitszustand

Im Wasser herrschen andere Druckverhältnisse als an der Luft. Daher kann es beim Abtauchen und Auftauchen zu Problemen vorzugsweise im Hals-Nasen-Ohren-Bereich und beim Herz- Lungen-Kreislauf kommen.

Bestimmte Vorerkrankungen schließen das Tauchen aus oder erfordern spezielle ärztliche Untersuchungen. Mit dieser Erklärung hilfst du uns, mit dir die für dich richtige Entscheidung zu treffen. **Allerdings:** Trifft eine dieser Bedingungen auf dich zu, muss dies nicht notwendigerweise ein Ausschluss vom Sporttauchen bedeuten. Es bedeutet nur, dass du ärztlichen Rat einholen musst. Wir bitten dich daher im eigenen Interesse, den Fragebogen sorgfältig und gewissenhaft auszufüllen, damit wir mögliche Risiken erkennen können.

Da keine medizinische Tauchtauglichkeitsuntersuchung vorliegt, sind deine Unterschrift und deine Angaben zu deinem Gesundheitszustand erforderlich, damit du am Schnuppertauchen teilnehmen kannst. Wir können nur Personen am Schnuppertauchen teilnehmen lassen, die generell tauchtauglich sind.

Trifft also einer der nachgenannten Punkte auf dich zu, bist du gehalten, bevor du an taucherischen Aktivitäten teilnimmst, sich einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

#### 1. Aktueller Gesundheitszustand

|   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ich bin schwanger oder vermute es zu sein .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich nehme regelmäßig Medikamente ein .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (mit Ausnahme von Anti-Kontrazeptiva „Anti-Baby-Pille)  |                          |                          |
| Wenn ja, welche .....   |                          |                          |
| Ich stehe unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten (z.B. Beruhigungstabletten), die die Reaktionsfähigkeit beeinträchtigen? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide derzeit an Erkrankungen des Nasen-Rachen-Raumes oder jegliche Art von Atemproblemen (z.B. Erkältung, Bronchitis, Heuschnupfen) .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide an einer akuten Erkrankung / Migräne / Kopfschmerzen .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich stehe unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten (z.B. Beruhigungstabletten), die die Reaktionsfähigkeit beeinträchtigen? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin älter als 45 Jahr und rauche mehr als 20 Zigaretten täglich? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin innerhalb der letzten sechs Wochen operiert worden .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 2. In der Vergangenheit

|   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Hatte ich Probleme mit dem Druckausgleich.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatte ich Operationen am Ohr / Trommelfell oder Gleichgewichtsstörungen? .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatte ich Asthma, andere chronische Atembeschwerden oder eine andere Form der Lungenerkrankung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatte ich einen Pneumothorax (Lungenkollaps).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurde ich im Bereich des Brustkorbes operiert .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatte ich Herzerkrankungen.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatte ich hohen Blutdruck oder nahm Medikamente zu dessen Behandlung ein .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Litt ich an Diabetes .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatte ich Gedächtnisstörungen oder häufiger Ohnmachten bzw. Bewusstlosigkeit .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Litt ich an Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Litt ich an Epilepsie oder nehme Medikamente zu deren Vermeidung ein .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Litt ich unter psychiatrischen Erkrankungen .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## III. Abschlusserklärung

Meine Teilnahme erfolgt auf eigene Gefahr und eigenes Risiko. Dem Verein und seinen Vertretern und Hilfspersonen sowie Tauchgangsbegleitern gegenüber verzichte ich ausdrücklich auf Ansprüche aus jeglichem Rechtsgrund für Schäden oder Verletzungen, die ich aufgrund meiner Teilnahme an einer Tauchausbildung zum Schnuppertauchen erleide. Dies gilt nicht, wenn der Verein oder seine Vertreter vorsätzlich oder grob fahrlässig handeln.

Ich wurde umfassend über die mit dem Tauchsport verbundenen Risiken aufgeklärt und auch über diesen Haftungsausschluss. Ich habe die Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden. Alle Fragen wurden von einem Tauchlehrer zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ich möchte an der angebotenen Ausbildung zum Schnuppertauchen teilnehmen und akzeptiere den Haftungsausschluss und bestätige das mit meiner Unterschrift.

Während der Veranstaltung werden ggf. Fotos von den Teilnehmern gemacht. Ich

- bin einverstanden,
- bin **nicht** einverstanden,

dass die Fotos zu vereinsinternen Zwecke verwendet werden.

Zur Verarbeitung und Speicherung von Daten der hier erhobenen Daten verweisen wir auf die Datenschutzerklärung des Tauchclub Bielefeld e.V.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

## Für minderjährige Teilnehmer

Hat der/die Teilnehmende das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, so sind die Unterschriften aller gesetzlichen Vertreter, in der Regel beide Elternteile erforderlich. Als gesetzliche Vertreter für \_\_\_\_\_ haben wir uns über die oben genannten Inhalte umfassend informiert, diese gelesen und verstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschriften aller gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen