

Gesundheitserklärung

An den Teilnehmer/Taucher:

Bevor Sie am Tauchsport teilhaben können, müssen Sie vorab folgenden Fragenkatalog zu Ihrer Gesundheit ausfüllen. Dies sollte Sie darüber informieren, ob Sie einen Arzt konsultieren sollten, oder nicht. Falls irgendwelche der angegebenen Konditionen für Sie zutreffend sind, muss dies nicht gleich den Ausschluss vom Tauchsport bedeuten, lediglich soll dies zur Absicherung Ihrer selbst durch einen Arzt dienen, bevor Sie zum Tauchen gehen. Bitte bestätigen Sie, dass Sie die unten aufgeführten Punkte gelesen und verstanden haben, indem Sie jeden einzelnen mit Ihren Initialen bestätigen.

1. Sie müssen einen Arzt aufsuchen, falls: **Ja oder Nein** **Initialen**

Sie schwanger sind oder diese Möglichkeit besteht		
Sie regelmässig Medikamente einnehmen (ausgenommen die Anti Baby Pille)		
Sie über 45 Jahre alt und eines der folgenden Dinge zutrifft:	-----	-----
Sie sind Raucher		
Sie haben einen zu hohen Cholesterinspiegel		

2. Falls eines der folgenden Krankheitsbilder zutrifft, müssen Sie zudem einem Arzt aufsuchen: **Ja oder Nein** **Initialen**

Asthma, Pfeifgeräusche beim Atmen oder körperlicher Betätigung		
Irgendwelche Arten von Lungenkrankheiten		
Pneumothorax (Lungenkollaps)		
Brustoperationen		
Claustrophobie od. Agoraphobie (Angst in geschl.-offenen Räumen)		
Epilepsie, Anfälle, Krämpfe oder nehmen Sie Medikamente dem Vorzubeugen		
Aufgetretene Blackouts oder Ohnmacht		
Aufgetretene Tauchunfälle oder Dekompressionskrankheit		
Diabetes		
Bluthochdruck oder nehmen Sie Medikamente dem Vorzubeugen		
Herzprobleme		
Ohrenkrankheiten, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen		
Trombose oder verstärkte Trombosegefahr		
Psychische Krankheitsbilder		

3. Ich bin mir im Klaren, dass ich evtl. nicht am Tauchsport teilhaben kann, falls ich an folgenden Krankheitsbildern leide oder leiden werde. **Initialen**

Erkältung, Sinusitis oder Atemprobleme (z.B. Bronchitis, Heuschnupfen)		
Akute Migräne oder Kopfschmerzen		
Irgendeine Operation innerhalb der letzten 6 Wochen hatte		
Unter Alkohol-, Drogen oder Medikamenteneinfluss stehe		
Fieber, Schwindel, Brechreiz, Durchfall, Übelkeit		
Probleme mit Druckausgleich habe		
Akutes Magengeschwür		
Schwangerschaft		

Name.....

Adresse.....

Geburtsdatum.....

Ich bestätige, dass alle Antworten zu den obigen Fragen der Wahrheit entsprechen und komplett sind.

Unterschrift..... Datum.....

Zustimmung der Eltern/der Aufsichtsperson bei minderjährigen Teilnehmern.

Name des Elternteils/der Aufsichtsperson*.....*nicht zutreffendes streichen.

Adresse.....

Unterschrift..... Datum.....