



Erklärung zum Gesundheitszustand – Teilnehmer-Informationen (vertraulich)



Vor dem Unterschreiben bitte genau durchlesen.

Mit dieser Erklärung wirst du über die potenziellen Risiken des Gerätetauchens sowie über die von dir erforderlichen Verhaltensweisen während des Programms/ Tauchkurses informiert. Deine Unterschrift auf diesem Formular ist erforderlich, damit du am Tauchkurs teilnehmen kannst.

Lies diese Erklärung bitte durch, bevor du unterschreibst. Du musst die „Erklärung zum Gesundheitszustand“ mit dem medizinischen Fragebogen ausfüllen, bevor du an einem Tauchkurs teilnehmen kannst. Falls sich dein Gesundheitszustand während deines Tauchprogramms ändern sollte, musst du den Tauchlehrer sofort darüber informieren. Bist du noch nicht volljährig, muss zudem ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter unterschreiben.

Tauchen ist eine aufregende und anspruchsvolle Aktivität. Bei korrektem Verhalten und Anwendung der richtigen Techniken ist es ein relativ sicherer Sport. Wenn jedoch die bestehenden Sicherheitsregeln nicht befolgt werden, bestehen erhöhte Gefahren.

Um sicher tauchen zu können, solltest du nicht extrem übergewichtig oder nicht in

Form sein. Tauchen kann unter bestimmten Umständen anstrengend sein. Deine Atmung und dein Kreislauf müssen gesund sein. Alle luftgefüllten Hohlräume im Körper müssen normal und gesund sein. Personen mit einer Herzerkrankung, einer akuten Erkältung oder verstopfter Nase, Epilepsie, einer anderen ersten gesundheitlichen Problemen oder Personen, die unter Einfluss von Alkohol, Medikamenten oder Betäubungsmitteln stehen, sollten nicht tauchen. Falls du unter Asthma, einer Herzerkrankung oder einer anderen chronischen Erkrankung leidest oder regelmäßig Medikamente einnimmst, solltest du vor der Teilnahme an diesem Programm und auch regelmäßig danach deinen Hausarzt und deinen Tauchlehrer aufsuchen. Du wirst von deinem Tauchlehrer auch die wichtigen Sicherheitsregeln zum Atmen und Druckausgleich beim Tauchen lernen. Die falsche Verwendung der Tauchausrüstung kann zu ernststen Verletzungen führen. Deshalb musst du unter direkter Überwachung und Betreuung eines/r qualifizierten Tauchlehrers/in den sicheren Gebrauch der Ausrüstung erlernen.

Solltest du zu dieser Erklärung oder dem medizinischen Fragebogen weitere Fragen haben, besprich dich bitte mit deinem/r Tauchlehrer/in, bevor du unterschreibst.

Medizinischer Fragebogen für Taucher

An den Teilnehmer:

Der nachfolgende medizinische Fragebogen dient dazu herauszufinden, ob du dich vor der Teilnahme an der Tauchausbildung ärztlich untersuchen lassen solltest. Eine mit „Ja“ beantwortete Frage muss dich nicht unbedingt vom Tauchsport ausschließen. Eine mit „Ja“ beantwortete Frage gibt Aufschluss über einen Zustand, der deine Sicherheit beim Tauchen beeinträchtigen könnte, und du musst dich in diesem Fall vor der Teilnahme an Tauchaktivitäten ärztlich untersuchen/beraten lassen.

oder NEIN. Wenn du **unsicher** bist, antworte mit **JA**. Falls eine Frage mit JA beantwortet wird, ist es erforderlich, dass du dich von einem Arzt untersuchen lässt, bevor du am Tauchsport teilnimmst. Zu diesem Zweck wird dir dein/e Tauchlehrer/in die RTSC-Richtlinien für tauchsportärztliche Untersuchungen für deinen Arzt/deine Ärztin aushändigen.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Könnte es sein, dass du schwanger bist, oder wünschst du dir eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> Einen Lungenriss (Pneumothorax)? | <input type="checkbox"/> Einen chirurgischen Eingriff im Bereich des Rückens oder der Wirbelsäule? |
| <input type="checkbox"/> Nimmst du gegenwärtig verordnete Medikamente ein? (mit Ausnahme von Antikonceptiva oder Malaria prophylaxe) | <input type="checkbox"/> Erkrankungen oder chirurgische Eingriffe im Bereich des Brustkorbs? | <input type="checkbox"/> Diabetes? |
| <input type="checkbox"/> Bist du älter als 45 Jahre und trifft mindestens einer der folgenden Punkte auf dich zu? | <input type="checkbox"/> Körperliche oder psychische Probleme in Form von Panik, Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen? | <input type="checkbox"/> Probleme an Rücken, Armen oder Beinen infolge chirurgischer Eingriffe, Verletzungen oder Brüchen? |
| <input type="checkbox"/> Raucher (Zigaretten, Zigarren, Pfeife) | <input type="checkbox"/> Epilepsie, Anfälle, Krämpfe oder nimmst du Medikamente dagegen? | <input type="checkbox"/> Hohen Blutdruck oder nimmst du Medikamente zur Kontrolle des Blutdrucks? |
| <input type="checkbox"/> In ärztlicher Behandlung | <input type="checkbox"/> Wiederholt auftretende massive migräneartige Kopfschmerzen oder nimmst du Medikamente dagegen? | <input type="checkbox"/> Eine Herzerkrankung? |
| <input type="checkbox"/> Hoher Cholesterinspiegel | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle (gänzlicher oder teilweiser Verlust des Bewusstseins)? | <input type="checkbox"/> Einen Herzinfarkt? |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Häufige oder starke Probleme mit Reisekrankheit (im Boot, Auto usw.)? | <input type="checkbox"/> Angina pectoris, chirurgische Eingriffe an Herz oder Blutgefäßen? |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkte oder Schlaganfälle in der Familie | <input type="checkbox"/> Durchfall oder Austrocknung mit notwendiger medizinischer Versorgung? | <input type="checkbox"/> Chirurgische Eingriffe an Nebenhöhlen? |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus, auch wenn ausschließlich durch Diät unter Kontrolle | <input type="checkbox"/> Einen Tauchunfall oder eine Dekompressions-Krankheit? | <input type="checkbox"/> Ohrenkrankheiten oder -operationen, Gehörverlust oder Gleichgewichtsstörungen? |
| | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei mäßiger körperlicher Betätigung (z. B. 1,6 km in 12 Min. gehen)? | <input type="checkbox"/> Wiederholt auftretende Ohrprobleme? |
| | <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen mit Bewusstlosigkeit innerhalb der letzten 5 Jahre? | <input type="checkbox"/> Blutungen oder andere Blutprobleme? |
| | <input type="checkbox"/> Immer wieder auftretende Rückenbeschwerden? | <input type="checkbox"/> Weichteilbrüche? |
| | | <input type="checkbox"/> Geschwüre oder operativ entfernte Geschwüre? |
| | | <input type="checkbox"/> Einen künstlichen Darmausgang (Colostomie / Ileostomie)? |
| | | <input type="checkbox"/> Einnahme von sportlichen Aufbaupräparaten oder Behandlung wegen Alkoholproblemen in den letzten 5 Jahren? |

Hast oder hattest du ...

- Asthma, Atembeschwerden oder Atemprobleme bei körperlicher Anstrengung?
- Häufige oder starke Anfälle von Heuschnupfen oder Allergien?
- Häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen oder Bronchitis?
- Eine Form einer Lungenerkrankung?

Hiermit erkläre ich, dass die Angaben zu meinem Gesundheitszustand korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen erfolgen. Ich bestätige, dass ich meinen Tauchlehrer über alle Änderungen meines Gesundheitszustandes während der Teilnahme am Tauchprogramm informieren muss. Ich übernehme die Verantwortung für unterlassene Angaben zu meinem vergangenen oder gegenwärtigen Gesundheitszustand.

Unterschrift Teilnehmer/in

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigter (bei Minderjährigen)

Datum (Tag/Monat/Jahr)

TEILNEHMER/IN

Bitte in **DRUCKSCHRIFT** ausfüllen.

Vorname/Name _____ Geburtsdatum _____
(Tag/Monat/Jahr)

Straße _____

Stadt _____

Land _____ PLZ _____

Tel. Privat () _____ Tel. Geschäft () _____

E-Mail _____ FAX _____

Name und Adresse Ihres Hausarztes / Ihrer Hausärztin

Name _____ Krankenhaus _____

Adresse _____

Datum Ihrer letzten Untersuchung _____

Name des Arztes / der Ärztin _____ Krankenhaus _____

Adresse _____

Telefon () _____ E-Mail _____

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

ARZT / ÄRZTIN

Diese Person möchte an einer Tauchausbildung mit Tauchgerät teilnehmen oder verfügt bereits über einen Taucherausweis („Brevet“).
Wie beurteilen Sie aus medizinischer Sicht die Tauchtauglichkeit dieser Person?

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

Unterschrift des Arztes / der Ärztin _____ Datum _____
(Tag/Monat/Jahr)

Name _____ Krankenhaus _____

Adresse _____