

Erklärung zum Gesundheitszustand

Die nachfolgenden Fragen dienen dazu herauszufinden ob eine ärztliche Untersuchung vor der Teilnahme am Tauchen 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. Um sicher zu tauchen dürfen Sie nicht extrem übergewichtig oder untrainiert sein. Der Tauchsport kann in gewissen Situationen 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 ernsten gesundheitlichen Problemen oder die unter Einfluss von Medikamenten, Betäubungsmitteln oder Alkohol steht, sollte nicht tauchen. Wenn Sie Medikamente einnehmen, konsultieren Sie vor dem Tauchen Ihren Arzt. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen betreffend ihrem 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, nicht älter dann 1 Jahre. bevor Sie am Tauchen teilnehmen. Die Basisleitung wird Sie über Ärzte vor Ort informieren falls Sie kein ärztliches Attest vorweisen können.

- Sind Sie schwanger?
- Nehmen Sie regelmäßig verordnete oder nicht verordnete Medikamente?
- Sind Sie über 45 Jahre alt und rauchen Sie Pfeife, Zigarre oder Zigaretten?

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

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asthma, Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung? <input type="checkbox"/> häufigen oder ernsten Anfällen von Heuschnupfen? <input type="checkbox"/> häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis? <input type="checkbox"/> einer Lungenerkrankung? <input type="checkbox"/> Pneumothorax (Lungenriss)? <input type="checkbox"/> chirurgischen Eingriffen im Bereich des Brustkorbes? <input type="checkbox"/> Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen <input type="checkbox"/> Gesundheitsproblemen bei speziellen Verhaltensweisen/Stimmungen (Depressionen)? <input type="checkbox"/> Epilepsie, Anfällen, Krämpfen, oder nehmen Sie Medikamente zu deren Vermeidung? <input type="checkbox"/> wiederholten migräneartigen Kopfschmerzen, oder nehmen Sie Medikamente zu deren Vermeidung? <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen oder Ohnmacht, bzw. Bewusstlosigkeit? <input type="checkbox"/> häufiger Übelkeit durch Fahren auf dem Boot oder im Auto <input type="checkbox"/> Tauchunfall oder Dekompressionskrankheit? <input type="checkbox"/> immer wieder auftretenden Rückenbeschwerden? <input type="checkbox"/> chirurgischen Eingriffen im Rückenbereich? | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> chirurgischen Eingriffen, Verletzungen bzw. Frakturen an Rücken, Armen oder Beinen? <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, mäßige Körperübungen zu erfüllen (z.B. eine Treppe hochlaufen)? <input type="checkbox"/> hohem Blutdruck, oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des Blutdruckes? <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten? <input type="checkbox"/> Angina Pectoris / chir. Eingriffen an Herz oder Blutgefässen? <input type="checkbox"/> chirurgischen Eingriffen an Ohren oder Nebenhöhlen? <input type="checkbox"/> Ohrenkrankheiten, Gehörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen? <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Druckausgleich bei Fahren in die Berge bzw. im Flugzeug? <input type="checkbox"/> Blutungen bzw. Blutgerinnungsstörungen? <input type="checkbox"/> Weichteilbrüchen (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)? <input type="checkbox"/> Geschwüre, operativ entfernten Geschwüre? <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Problemen? <input type="checkbox"/> übermäßigem Konsum von Medikamenten oder Alkohol? <input type="checkbox"/> Einnahme von Betäubungsmitteln <input type="checkbox"/> Diabetes |
|--|---|

Ich habe mich über den Inhalt dieses Haftungsausschlusses vollständig informiert, indem ich diesen gelesen habe, bevor ich ihn für mich und auch bindend für meine Erben unterschrieben habe. Hiermit erkläre ich, dass die obigen Ausgaben zu meinem Gesundheitszustand korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen erfolgten.

Name _____ Unterschrift _____ Datum _____

Name _____ Unterschrift _____ (Elternteil oder guardins-Unterschrift wenn anwendbar)