

## ERKLÄRUNG ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Der Zweck dieses medizinischen Fragebogens ist es herauszufinden, ob Sie vor der Teilnahme am Sporttauchen von einem Arzt untersucht werden müssen. Eine positive Beantwortung einer der nachfolgenden Fragen bedeutet, dass bereits ein Zustand vorliegt, der Ihre Sicherheit beim Tauchen beeinträchtigen könnte und Sie daher den Rat eines Arztes einholen müssen.

Um sicher tauchen zu können, dürfen Sie nicht extrem übergewichtig oder untrainiert sein. Tauchen kann unter bestimmten Bedingungen anstrengend sein. Ihr Atem- und Kreislaufsystem muss gesund sein. Alle Körperluft Räume müssen normal und gesund sein. Eine Person mit Herzproblemen, einer Erkältung oder verstopfter Nase, Epilepsie, Asthma, einem schweren medizinischen Problem oder unter Einfluss von Alkohol oder Drogen sollte nicht tauchen. Wenn Sie Medikamente einnehmen, konsultieren Sie vor der Teilnahme an Tauchaktivitäten einen Arzt und Ihren Tauchlehrer.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem momentanen bzw. vergangenen Gesundheitszustand mit **JA** oder **NEIN**. Sollten Sie unsicher sein, antworten Sie mit JA. Falls eine Frage mit JA beantwortet wird, ist es erforderlich, sich von einem Arzt untersuchen zu lassen, bevor Sie am Tauchsport teilnehmen.

Sollten Sie keine aktuelle (nicht älter als 1 Jahr) Bestätigung eines Arztes betreffend der Tauchfähigkeit dabei haben, wird Ihnen nach Möglichkeit eine Liste örtlicher Ärzte zur Verfügung gestellt.

Könnte es sein, dass Sie schwanger sind, oder wünschen Sie sich eine Schwangerschaft?

Nehmen Sie gegenwärtig verordnete Medikamente? (mit Ausnahme von Anti-Konzeptiva oder Malaria-Prophylaxe)

Sind Sie älter als 45 Jahre und erfüllen Sie einen der folgenden Punkte?

- |  |   |
|--|---|
| - Raucher/in von Pfeife, Zigarren oder Zigaretten                      | - Sie haben einen erhöhten Cholesterin-Spiegel  |
| - Sie haben in der Familie Vorkommen von Herzinfarkt oder Schlaganfall | - Sie befinden sich momentan in ärztlicher Behandlung                                 |
| - Sie haben einen erhöhten Blutdruck                                   | - Sie leiden an Diabetes Mellitus, auch wenn diese nur durch Diät unter Kontrolle ist |

**Hatten Sie in der Vergangenheit oder leiden Sie momentan an einer der nachfolgenden Krankheiten?**

Asthma, Atembeschwerden oder Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung	Kopfverletzungen innerhalb der letzten 5 Jahre mit Bewusstseinsverlust	
häufige oder ernste Anfälle von Heuschnupfen bzw. Allergien	immer wieder auftretende Rückenbeschwerden	
häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis	chirurgische Eingriffe im Bereich des Rückens oder der Wirbelsäule	
irgendeine Form einer Lungenerkrankung	Diabetes	
Pneumothorax	Verletzungen an Rücken, Armen oder Beinen in Folge chirurgische Eingriffe oder Brüchen	
Erkrankungen oder chirurgische Eingriffe im Bereich des Brustkorbes	hoher Blutdruck oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des Blutdrucks	
Geschwüre oder operativ entfernte Geschwüre	Herzkrankheiten oder Herzinfarkte (Infarkte)	
Angina pectoris, chirurgische Eingriffe an Herz oder Blutgefässen	Epilepsie, Anfälle, Krämpfe, oder nehmen Sie Medikamente dagegen	
Ohnmachtsanfälle (gänzlicher oder teilweiser Verlust des Bewusstseins)	chirurgische Eingriffe an Nebenhöhlen	
künstlicher Darmausgang (Colostomie oder Ileostomie)	Ohrenkrankheiten oder -operationen, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen	
Ruhr oder Entwässerung mit notwendiger medizinischer Versorgung	Blutungen oder andere Blutprobleme	
irgendein Tauchunfall oder Dekompressions-Krankheit	Weichteilbrüche (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)	
wiederholte Ohrenprobleme	Einnahme von sportlichen Aufbaupräparaten oder Behandlung wegen Alkoholproblemen in den letzten 5 Jahren	
wiederholt auftretende massive migräneartige Kopfschmerzen, oder nehmen Sie Medikamente dagegen		
Unfähigkeit, mässige Körperübungen zu erfüllen (z.B. 1,6 km in 12 Min. gehen)		
körperliche oder psychische Probleme in Form von Panik, Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen		
häufige oder starke Reisekrankheit (Boot, Auto usw.)		

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, das die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand korrekt sind und mit meinem bestem Wissen und Gewissen erfolgten.

(Unterschrift der Eltern, Erziehungsberechtigten wenn erforderlich)

Name Name

Unterschrift Datum Unterschrift Datum