

## 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie regelmäßig Medikamente einnehmen (ausgenommen die Anti-Baby-Pille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie über 45 Jahre alt und eines der folgenden Dinge zutrifft:		
Sie sind Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie haben einen zu hohen Cholesterinspiegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Falls eines der folgenden Krankheitsbilder zutrifft, müssen Sie zudem einem Arzt aufsuchen:	Ja oder Nein	Initialen
Asthma, Pfeifgeräusche beim Atmen oder körperlicher Betätigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irgendwelche Arten von Lungenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumothorax (Lungenkollaps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klaustrophobie od. Agoraphobie (Angst in geschl.-offenen Räumen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie, Anfälle, Krämpfe oder nehmen Sie Medikamente dem vorzubeugen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgetretene Blackouts oder Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgetretene Tauchunfälle oder Dekompressionskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck oder nehmen Sie Medikamente dem Vorzubeugen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrenkrankheiten, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose oder verstärkte Thrombosegefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Krankheitsbilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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**.....