





ERKLÄRUNG ZUM GESUNDHEITSZUSTAND

TEILNEHMER-INFORMATION (vertraulich)

Bitte vor dem Unterschreiben genau durchlesen.

Mit dieser Erklarung werden Sie über die potentiellen Risiken des Gerätetauchens sowie über die von Ihnen erforderlichen Verhaltensweisen während des Programms/Tauchkurses informiert. Ihre Unterschrift auf diesem Formular ist erforderlich, damit Sie am Tauchkurs teilnehmen können. Name des/r Tauchlehrers/in	gesund sein. Alle luftgefüllten Hohlräume im Körper müssen normal und gesund sein. Personen mit einer Herzerkrankung, einer akuten Erkältung Magen-Darm-Problemen, Epilepsie oder anderen ernsten gesundheitlichen Problemen oder die unter Einfluss von Alkohol, Medikamenten oder Betäubungsmitteln stehen, sollten nicht tauchen. Falls Sie unter
	Asthma, einer Herzerkrankung oder chronischen Erkrankungen leiden
Name der/s Tauchschule/Centers Ort / Land Lesen Sie diese Erklärung vor dem Unterschreiben. Sie müssen die "Erklärung zum Gesundheitszustand" mit dem medizinischen Fragebogen ausfüllen, bevor Sie an einem Tauchkurs teilnehmen können. Sind Sie 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 zu tauchen, sollten Sie nicht extrem übergewichtig oder nicht in Form sein. Der Tauchsport kann unter bestimmten	oder falls Sie regelmässig Medikamente einnehmen, sollten Sie vor der Kursteilnahme Ihren Arzt/Ihre Ärztin und Ihre/n Tauchlehrer/in aufsuchen. Dies sollten Sie auch nach Kursabschluss regelmässig tun. Sie werden von Ihrem/r Tauchlehrer/in die wichtigen Sicherheitsregeln betreffend Atmung und Druckausgleich beim Tauchen erlernen. Die falsche Verwendung der Tauchausrüstung kann zu ernsten Verletzungen führen. Deshalb müssen Sie unter direkter Überwachung und Betreuung eines/r qualifizierten Tauchlehrers/in den sicheren Gebrauch der Ausrüstung erlernen. Sollten Sie zu dieser Erklärung oder dem medizinischen Fragebogen weitere Fragen haben, besprechen Sie sich bitte mit Ihrem/r Tauchlehrer/in, bevor Sie unterschreiben.
Medizinischer Fragebogen für Taucher	
Für den Teilnehmer: Der nachfolgende medizinische Fragebogen dient dazu herauszufinden, ob Sie sich vor der Teilnahme an der Tauchausbildung ärztlich untersuchen lassen sollten. 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 könnte, und Sie müssen sich in diesem Fall vor der Teilnahme an Tauchaktivitäten ärztlich untersuchen/beraten lassen.	Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu 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 von einem Arzt untersuchen lassen, bevor Sie al Tauchsport teilnehmen. Zu diesem Zweck wird Ihnen Ihr/e Tauchlehrer/in dRSTC Richtlinien für tauchsportärztliche Untersuchungen für Ihren Arzt/Ihre Ärztin aushändigen.
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 Vorkommnisse von Herzinfarkt oder Schlaganfall Sie befinden sich momentan in ärztlicher Behandlung Sie haben einen erhöhten Blutdruck Sie leiden an Diabetes Melitus, auch wenn diese nur durch Diät unter Kontrolle ist	Ohnmachtsanfälle (gänzlicher oder teilweiser Verlust des Bewusst seins) häufige oder starke Reisekrankheit (Boot, Auto usw.) Ruhr oder Entwässerung mit notwendiger medizinischer Versorgung irgendein Tauchunfall oder Dekompressions-Krankheit Unfähigkeit, mässige Körperübungen zu erfüllen (z.B. 1,6 km in 12 Min. gehen) Kopfverletzungen innerhalb der letzten 5 Jahre mit Bewusstseinsverlust immer wieder auftretende Rückenbeschwerden chirurgische Eingriffe im Bereich des Rückens oder der Wirbelsäule Diabetes Probleme an Rücken, Armen oder Beinen in Folge chirurgische
Hatten Sie in der Vergangenheit oder leiden Sie momentan an einer der	Eingriffe, Verletzungen oder Brüchen
nachfolgenden Krankheiten?	hoher Blutdruck oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des
Asthma, Atembeschwerden, oder Atembeschwerden bei körperli-	Blutdrucks
cher Anstrengung	Herzkrankheiten
häufige oder ernste Anfälle von Heuschnupfen bzw. Allergien	Herzanfälle (Infarkte)
häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis	Angina pectoris, chirurgische Eingriffe an Herz oder Blutgefässen

nehmen Sie Medikamente dagegen wegen Alkoholproblemen in den letzten 5 Jahren Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen erfolgten.

Ich übernehme die Verantwortung für unterlassene Angaben zu meinem vergangenen oder gegenwärtigen Gesundheitszustand.

Unterschrift

irgendeine Form einer Lungenerkrankung

zangst oder Angst in geschlossenen Räumen

Erkrankungen oder chirurgische Eingriffe im Bereich des Brust-

körperliche oder psychische Probleme in Form von Panik, Plat-

Epilepsie, Anfälle, Krämpfe, oder nehmen Sie Medikamente dage-

wiederholt auftretende massive migräneartige Kopfschmerzen, oder

Datum

Pneumothorax

Unterschrift der Eltern, Erziehungsberechtigten

wichtsstörungen wiederholte Ohrprobleme Blutungen oder andere Blutprobleme

chirurgische Eingriffe an Nebenhöhlen

Ohrenkrankheiten oder -operationen, Gehörverlust oder Gleichge-

Einnahme von sportlichen Aufbaupräparaten oder Behandlung

Weichteilbrüche (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)

Geschwüre oder operativ entfernte Geschwüre künstlicher Darmausgang (Colostomie oder Ileostomie)

KURSTEILNEHMER/IN

Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen.		
Vorname/Name	Geburtsdatum	(Tag/Monat/Jahr)
Strasse		, -
Stadt		
Land		
Tel. Privat()	Tel. Geschäft ()	
E-mail		
Name und Adresse Ihres Hausarztes		
Name	Krankenhaus	
Adresse		
Datum Ihrer letzten Untersuchung		
Name des untersuchenden Arztes	Krankenhaus	
Adresse		
Telefon ()	E-mail	
Wurden Sie schon einmal tauchsportärztlich unter	rsucht? □ JA □ NEIN Wenn ja, wann? _	
ARZT / ÄRZTIN		
Diese Person ist Kandidat/in für eine Ausbildung im Spo beurteilen Sie aus medizinischer Sicht die Tauchtauglich		erte/r Taucher/in. Wie
Beurteilung		
☐ Aus medizinischer Sicht kann ich nichts festste	llen, was ich mit dem Tauchen als unvereinbar era	achte.
☐ Aus medizinischer Sicht kann ich diese Person	nicht für den Tauchsport empfehlen.	
Bemerkungen		
Unterschrift des Arztes	Datum	(Tog/Monet/John)
Nama	Krankonhaus	(Tag/Monat/Jahr)
Name		
Adresse		
Telefon ()	E-mail	