

Bitte vor der Unterschrift sorgfältig lesen.

Diese Erklärung informiert Sie über einige potentielle Risiken beim Tauchen und der von Ihnen erforderlichen Handhabung der Taucherausbildung. Ihre Unterschrift auf dieser Erklärung ist für Ihre Teilnahme an dem Ausbildungsprogramm erforderlich:

Von _____ und
Instructor

_____ ansässig in
Facility

Stadt _____, Bundesland _____

Lesen Sie diese Erklärung, bevor Sie sie unterschreiben. Sie müssen diese medizinische Erklärung vollständig ausfüllen, um an einem Programm zur Tauchausbildung teilnehmen zu können. Sollten Sie minderjährig sein, muss diese Erklärung von mindestens einem Elternteil oder einem Erziehungsberechtigten unterschrieben werden.

Tauchen ist eine aufregende und fordernde Tätigkeit. Tauchen Sie korrekt und wenden Sie die richtigen Techniken an, ist sie ziemlich sicher. Befolgen Sie jedoch etablierte Sicherheitsregeln nicht, erhöhen sich die Risiken.

Um sicher tauchen zu können, sollten Sie nicht extrem übergewichtig oder außer Form sein. Tauchen kann unter bestimmten Bedingungen anstrengend sein. Ihr Atemtrakt und Ihr Kreislauf sollten gesund sein. Alle natürlichen Hohlräume des Körpers sollten gesund und normal sein. Eine Person mit einer Gefäßkrankheit, einer Erkältung oder einem Schnupfen, Epilepsie, einem ernsthaften medizinischen Problem, oder die unter dem Einfluss von Alkohol und Medikamenten steht, sollte nicht tauchen. Haben Sie Asthma, eine Herzkrankheit, andere chronische Krankheiten, oder nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, sollten Sie Ihren Arzt und den Instructor konsultieren, bevor Sie mit diesem Programm beginnen, und nach dessen Beendigung regelmäßig Ihren Arzt aufsuchen. Sie werden von Ihrem Instructor auch wichtige Sicherheitsregeln bezüglich der Atmung und des Druckausgleichs beim Gerätetauchen lernen. Unsachgemäße Benutzung der Tauchausrüstung kann zu ernsthaften Verletzungen führen. Um sie sicher gebrauchen zu können, müssen Sie unter direkter Beobachtung von einem qualifizierten Instructor in deren Gebrauch geschult sein.

Haben Sie weitere Fragen zu dieser medizinischen Erklärung oder den darin enthaltenen Fragen, klären Sie sie vor der Unterschrift mit Ihrem Instructor.

Medizinischer Fragebogen

Teilnehmer Fragebogen

Der Zweck dieses medizinischen Fragebogens ist, herauszufinden, ob Sie vor Ihrer Tauchausbildung von einem Arzt untersucht werden müssen. Eine mit "JA" beantwortete Frage schließt Sie nicht unbedingt vom Tauchen aus. Sie bedeutet lediglich, dass es einen bestehenden medizinischen Zustand gibt, der die Sicherheit beim Tauchen beeinflussen kann, und Sie Ihren Arzt aufsuchen müssen, bevor Sie mit Tauchaktivitäten beginnen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem medizinischen Zustand mit einem JA oder einem NEIN. Sind Sie nicht sicher, antworten Sie mit JA. Trifft irgendeine Frage auf Sie zu, müssen wir darauf bestehen, dass Sie sich vor dem Tauchen ärztlich untersuchen lassen. Ihr Instructor wird Ihnen ein Formular 'Medizinische Erklärung und Richtlinien zur körperlichen, ärztlichen Untersuchung von Tauchern' vom RSTC mitgeben, dass Sie Ihrem Arzt aushändigen können.

- _____ Könnten Sie schwanger sein, oder planen Sie gerade schwanger zu werden?
- _____ Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? (Ausnahme: Anti-Baby-Pille oder Malarialtabletten)
- _____ Sind Sie älter als 45 Jahre und können eine oder mehrere der folgenden Fragen mit JA beantworten?
 - ich rauche gegenwärtig Pfeife, Zigarren, Zigaretten
 - ich habe hohe Cholesterinwerte
 - in der Familie gab es Schlaganfälle und Herzinfarkte
 - ich bin in medizinischer Behandlung
 - ich habe hohen Blutdruck
 - ich bin Diabetiker

Hatten Sie jemals oder haben Sie gegenwärtig?

- _____ Asthma, pfeifende Atmung bei Anstrengung?
- _____ Häufig oder ernste Anfälle von Heuschnupfen oder Allergien?
- _____ Häufig Erkältung oder Bronchitis?
- _____ Eine Form von Lungenkrankheit?
- _____ Pneumothorax (kollabierte Lunge)?
- _____ Andere Krankheiten oder Operationen im Brustbereich?
- _____ Verhaltensstörungen, mentale oder psychologische Probleme (Panikattacken, Angst vor geschlossenen oder freien Räumen)?
- _____ Epilepsie, Krämpfe, Zuckungen oder nehmen Medikamente dagegen?
- _____ Wiederkehrende komplizierte Migräne oder nehmen Medikamente dagegen?
- _____ Ohnmachtsanfälle (totaler/teilweiser Verlust des Bewusstseins)?
- _____ Häufiges oder ernsthaftes Leiden an Seekrankheit?

- _____ Ruhr oder Dehydratation, die medizinische Behandlung erforderte?
- _____ Einen Tauchunfall oder Dekompressionskrankheit?
- _____ Unfähigkeit zu moderater Anstrengung (Beispiel: die Distanz von 1.6 km in 12 min zu Fuß zurückzulegen)?
- _____ Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust in den letzten fünf Jahren?
- _____ Wiederkehrende Rückenprobleme?
- _____ Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen?
- _____ Diabetes?
- _____ Probleme an Rücken, Armen oder Beinen nach Operation, Verletzung oder Bruch?
- _____ Hohen Blutdruck oder nehmen Sie Medikamente dagegen?
- _____ Herzkrankheiten?
- _____ Herzinfarkt?
- _____ Angina, Operation am Herzen oder an den Blutgefäßen?
- _____ Sinus Operation?
- _____ Ohrkrankheiten oder Operation, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen?
- _____ Wiederkehrende Ohrprobleme?
- _____ Blutungen oder andere Blutstörungen?
- _____ Leistenbruch?
- _____ Magengeschwüre oder eine Operation wegen Geschwüren?
- _____ Darmprobleme oder Darmverschluss?
- _____ Drogen-/Medikamentenmissbrauch und Behandlung darauf, z. B. Alkoholismus in den letzten fünf Jahren?

Die von mir gemachten Angaben zu meinem medizinischen Zustand sind akkurat und nach bestem Wissen erfolgt. Ich übernehme die Verantwortung für lückenhafte oder unterlassene Angaben, falls ich versäumt haben sollte, vergangene oder gegenwärtige Gesundheitszustände zu erwähnen.

Unterschrift _____

Datum _____

Unterschrift Elternteil/Erziehungsberechtigter _____

Datum _____

SCHÜLER

Bitte leserlich schreiben!

Name _____ Geburtsdatum _____ Alter _____

Adresse _____

Stadt _____ Bundesland / Region _____

Land _____ Postleitzahl _____

Telefon Privat _____ Telefon Geschäft _____

Email _____ Fax _____

Name und Adresse des Hausarztes

Name _____ Klinik / Hospital _____

Adresse _____

Datum der letzten Untersuchung _____

Name des untersuchenden Arztes _____ Klinik / Hospital _____

Adresse _____

Telefon _____ Email _____

Wurde Ihnen schon einmal geraten eine tauchsportärztliche Untersuchung durchführen zu lassen? Ja / Nein

Wenn ja, wann? _____

ARZT

Diese Person ist ausgebildeter Gerätetaucher oder möchte sich als Gerätetaucher ausbilden lassen. Ihr Befund hinsichtlich der medizinischen Tauchtauglichkeit dieser Person ist erforderlich. Zu Ihrer Information und Bezugnahme sind Richtlinien beigefügt.

Ärztlicher Befund

Ich kann keinen medizinischen Zustand feststellen, der dem Gerätetauchen abträglich wäre.

Ich kann diese Person nicht für das Gerätetauchen empfehlen.

Bemerkungen: _____

Unterschrift des Arztes _____ Datum der Untersuchung _____

Name des untersuchenden Arztes _____ Klinik / Hospital _____

Adresse _____

Telefon _____ Email _____