



## Teilnehmererklärung zum Schnuppertauchen

**Meine persönlichen Daten lauten wie folgt: (bitte lesbar ausfüllen)**

---

Name, Vorname

---

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

---

Geburtsdatum

---

Telefon / EMail

**Mir ist bekannt, dass das Tauchen mit Druckluft mit Risiken verbunden ist. Bestimmte Krankheitsbilder schließen das Tauchen definitiv aus. Über meinen derzeitigen Gesundheitszustand mache ich folgende Angaben:**

Richtige Aussagen bitte ankreuzen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich bin momentan erkältet (Nase zu)  | <input type="checkbox"/> Ich habe / hatte Asthma, Tuberkulose oder Bronchitis  |
| <input type="checkbox"/> Ich nehme derzeit die Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigende Medikamente ein      | <input type="checkbox"/> Ich leide unter Klaustrophobie  |
| <input type="checkbox"/> Ich trage Prothesen  | <input type="checkbox"/> Ich rauche 20 / mehr Zigaretten am Tag  |
| <input type="checkbox"/> Ich leide an Atemwegserkrankungen  | <input type="checkbox"/> Beim Fahren in die Berge / beim Fliegen habe ich Probleme, den Druck in den Ohren auszugleichen |
| <input type="checkbox"/> Ich bin Diabetiker   |  |
| <input type="checkbox"/> Ich leide an Schwindel-, Ohnmacht-, Krampf- oder anderen Anfällen (Epilepsie u.a.) | <input type="checkbox"/> Ich leide an einer Nervenerkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Ich habe / hatte eine Herzerkrankung   | <input type="checkbox"/> Ich bin derzeit in ärztlicher Behandlung  |
| <input type="checkbox"/> Ich habe momentan eine Ohrenentzündung   | <input type="checkbox"/> Ich leide an einer chronischen Krankheit  |
| <input type="checkbox"/> Ich leide unter Nasennebenhöhlenerkrankungen                                       | <input type="checkbox"/> Ich nehme Drogen  |
| <input type="checkbox"/> Ich musste mich in den letzten vier Monaten einer Operation unterziehen            | <input type="checkbox"/> Ich habe / hatte Schädelbasisverletzungen   |
| <input type="checkbox"/> Ich habe / hatte eine Trommelfellerkrankung  | <input type="checkbox"/> Erkrankungen/Leiden des Bewegungsapparates  |
| <input type="checkbox"/> Ich bin schwanger  | <input type="checkbox"/> Ich neige zu Panikreaktionen  |

Ich bin darüber informiert, dass ich am Schnuppertauchen nur teilnehmen darf, wenn keine der vorstehenden Aussagen über meinen Gesundheitszustand zutrifft. Mir ist bekannt, dass die gesundheitlichen Risikofaktoren in der vorstehenden Auflistung nicht abschließend aufgezählt sind.

Das verbleibende medizinische Risiko trage ich selbst. Des Weiteren erkläre ich, dass ich mindestens 15 Minuten ohne Auftriebshilfe frei schwimmen kann.

---

Ort, Datum Unterschrift, ggf. Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten