



MEDICAL STATEMENT FORM – GERMAN



SSI International GmbH • Johann-Höllfritsch-Str. 6 • D-90530 Wendelstein • eMail: info@divessi.com • Fax: +49 (0)9129 90993850

ERKLÄRUNG ZUM GESUNDHEITZUSTAND

TEILNEHMER INFORMATIONEN — VERTRAULICH

Bitte vor dem Unterschreiben sorgfältig durchlesen

Mit dieser Erklärung werden Sie über die potentiellen Risiken des Gerätetauchens, sowie über die von Ihnen erforderlichen Verhaltensweisen während des Tauchkurses informiert. Ihre Unterschrift und die Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sind erforderlich, damit Sie an diesem Tauchkurs teilnehmen können:

(NAME DES INSTRUCTORS) _____

und (FACILITY) _____

ansässig in (ORT) _____

in (LAND) _____

Lesen und besprechen Sie diese Erklärung vor dem Unterschreiben. Sie müssen diese "Erklärung zum Gesundheitszustand" ausfüllen, welche Angaben über Ihre Krankheitsgeschichte enthält, bevor Sie an einem Tauchkurs teilnehmen können. Wenn Sie noch nicht volljährig sind, muss ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter unterschreiben. Tauchen ist eine aufregende und anspruchsvolle Aktivität. Bei korrektem Verhalten und Anwenden der richtigen Tauchtechniken ist es ein sehr

sicherer Sport. Wenn jedoch die bestehenden Sicherheitsregeln nicht befolgt werden, treten Gefahren auf:

Um sicher zu tauchen, dürfen Sie nicht extrem übergewichtig oder untrainiert sein. Der Tauchsport kann in gewissen Situationen sehr anspruchsvoll sein. Ihre Atmung und Ihr Kreislauf müssen gesund sein. Eine Person mit Herzproblemen, Erkältung, Magen-Darm-Problemen, Epilepsie, Asthma oder anderen ernstzunehmenden gesundheitlichen Problemen, oder die unter dem Einfluss von Medikamenten, Betäubungsmitteln oder Alkohol steht, sollte nicht tauchen.

Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, konsultieren Sie vor der Kursteilnahme einen Arzt und Ihren Tauchlehrer/in.

Sie werden während des Tauchens von Ihrem/r Tauchlehrer/in die wichtigsten Sicherheitsregeln betreffend Atmung und Druckausgleich erlernen müssen. Falsche Verwendung der Ausrüstung kann zu ernstesten Verletzungen führen. Deshalb müssen Sie unter direkter Überwachung und Betreuung eines/r qualifizierten Tauchlehrers/in den sicheren Gebrauch der Ausrüstung erlernen.

Wenn beim Ausfüllen dieses Formulars Fragen auftreten, besprechen Sie diese mit Ihrem/r Tauchlehrer/in.

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

An den Kursteilnehmer:

Die nachfolgenden Fragen dienen dazu herauszufinden, ob eine ärztliche Untersuchung vor der Teilnahme am Tauchtraining angezeigt ist. Eine mit "JA" beantwortete Frage muss Sie nicht unbedingt vom Tauchsport ausschließen. Eine mit "JA" beantwortete Frage gibt lediglich Aufschluss über einen Zustand, der Ihre Sicherheit beim Tauchen beeinträchtigen kann, und Sie müssen sich tauchsportärztlich untersuchen lassen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen betreffend Ihres momentanen Gesundheitszustands 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 bei einem Arzt untersuchen und beraten lassen, bevor Sie am Tauchsport teilnehmen. Ihr/e Tauchlehrer/in wird Ihnen ein entsprechendes Attestformular für Ihren Arzt aushändigen.

- ___ Könnte es sein, dass Sie schwanger sind, oder wünschen Sie eine Schwangerschaft?
- ___ Nehmen Sie regelmäßig verordnete oder nicht verordnete Medikamente? (Ausnahme Anti-Konzeptiva)

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

- Raucher von Pfeife, Zigarren oder Zigaretten?
- Sie haben einen erhöhten Cholesterinspiegel?
- Sie haben in Ihrer Familie Vorkommnisse von Herz- oder Schlaganfällen?

Hatten Sie in der Vergangenheit eine der nachfolgend aufgeführten Krankheiten oder leiden Sie momentan an.....

- ___ Asthma oder Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung?
- ___ häufigen oder ersten Anfällen von Heuschnupfen bzw. Allergien?
- ___ häufigen Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen und Bronchitis?
- ___ einer Lungenerkrankung?

- ___ Pneumothorax (Lungenriss)?
- ___ chirurgischen Eingriffen im Bereich des Brustkorbes?
- ___ Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen?
- ___ Epilepsie, Krämpfen, Anfällen, oder nehmen Sie Medikamente zu deren Vermeidung?
- ___ wiederholten migräneartige Kopfschmerzen (oder nehmen Sie Medikamente zu deren Vermeidung)?
- ___ Gedächtnisstörungen oder Ohnmacht bzw. Bewusstlosigkeit?
- ___ häufiger Übelkeit beim Fahren im Boot oder Auto?
- ___ Tauchunfall oder Dekompressionskrankheit?
- ___ immer wieder auftretende Rückenschmerzen?
- ___ chirurgischen Eingriffen im Rückenbereich?
- ___ Diabetes?
- ___ chirurgischen Eingriffen, Verletzungen bzw. Frakturen an Rücken, Armen oder Beinen?
- ___ Unfähigkeit, mäßige Körperübungen zu erfüllen (z.B. 1,5 km in 10 Min. gehen)?

- ___ hohem Blutdruck, oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des Blutdrucks?
- ___ Herzkrankheiten?
- ___ Herzanfällen (Infarkten)?
- ___ Angina Pectoris / chir. Eingriffen an Herz oder Blutgefäßen?
- ___ chirurgischen Eingriffen an Ohren oder Nebenhöhlen?
- ___ Ohrenkrankheiten, Gehörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen?
- ___ Schwierigkeiten beim Druckausgleich bei Fahrten ins Gebirge bzw. im Flugzeug?
- ___ Blutungen bzw. Blutgerinnungsstörungen?
- ___ Weichteilbrüchen (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)?
- ___ Geschwüren, operativ entfernten Geschwüren?
- ___ Magen-Darm-Probleme?
- ___ übermäßigem Konsum von Medikamenten oder Alkohol?
- ___ Einnahme von Betäubungsmitteln?

Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen erfolgt sind.

Unterschrift _____

Datum _____

Unterschrift eines Elternteils bzw. des Erziehungsberechtigten, sofern notwendig _____

Datum _____