Erklärung zum Gesundheitszustand für: _____

Name des Schülers (in Blockschrift)

Vertrauliche Informationen
Bitte vor dem Unterschreiben sorgfältig durchlesen!

Diese Erklärung dient dem Zweck, Sie über die möglichen Risiken des Gerätetauchens und die von Ihnen einzuhaltenden Verhaltensregeln während der Tauchausbildung zu informieren.

Vor Beginn der Ausbildung ist es erforderlich, diese Erklärung zusammen mit den „Angaben zum Gesundheitszustand" sorgfältig durchzulesen und nach bestem Wissen und Gewissen vollständig auszufüllen und zu unterschreiben.

Tauchen ist ein sehr sicherer Sport. Voraussetzung hierfür ist jedoch das korrekte Verhalten und die richtige Anwendung der erlernten Techniken. Anderenfalls bestehen Risiken.

Einerseits sind diese möglichen Risiken im Tauchen selbst begründet. Ihr Tauchlehrer wird Sie in den notwendigen Techniken z.B. hinsichtlich Atmung und Druckausgleich sowie sicherer Anwendung der technischen Ausrüstung unterweisen. Falsche Verwendung der Ausrüstung oder fehlerhaftes Verhalten kann zu ernsthaften, im Extremfall lebensgefährlichen Verletzungen führen.

Darum ist es unbedingt erforderlich, die Anwendung der Ausrüstung und die Tauchtechniken unter Betreuung und Überwachung durch einen qualifizierten Instructor zu erlernen.

Andererseits gibt es Risikofaktoren, die in Ihrer Person begründet sind.

Der Tauchsport kann unter Umständen körperlich wie psychisch sehr anspruchsvoll sein. Um sicher zu tauchen, ist eine gewisse Fitness unabdingbar. Sie sollten weder extrem übergewichtig noch völlig untrainiert sein. Ihre Atmung und Ihr Kreislauf müssen gesund sein. Eine Person mit Herzproblemen, Epilepsie, Asthma, starker Erkältung, Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes oder anderen erheblichen Störungen der Gesundheit sollte nicht ohne Weiteres tauchen. Dies gilt auch für Personen, die unter dem Einfluss von Medikamenten, Betäubungsmitteln, Alkohol oder anderen Drogen stehen.

Bitte füllen Sie daher die „Angaben zum Gesundheitszustand" sorgfältig und vollständig aus. Sollten Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, konsultieren Sie bitte einen Arzt und sprechen Sie mit Ihrem Instructor.

Sollten beim Ausfüllen dieses Formulares Fragen auftreten, besprechen Sie diese bitte mit Ihrem Tauchlehrer.

Angaben zum Gesundheitszustand

Die folgenden Fragen dienen dazu, herauszufinden, ob vor dem Beginn der Tauchausbildung eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist.
Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen entweder **„ja"** oder **„nein"**. Sind Sie sich unsicher, schreiben Sie bitte „ja" an. Eine mit „ja" beantwortete Frage bedeutet nicht, dass Sie den Tauchsport nicht ausüben können. Sie ist lediglich ein Hinweis auf einen Risikofaktor, der einer ärztlichen Abklärung bedarf, um Ihre Sicherheit beim Tauchen zu gewährleisten. In diesem Fall muss vor Beginn eine tauchsportärztliche Untersuchung und Beratung erfolgen.

Bitte besprechen Sie auftretende Fragen mit Ihrem Tauchlehrer.

_____ Könnte es sein, dass Sie schwanger sind, oder streben Sie eine Schwangerschaft an?	_____ Sind Sie unfähig, mäßige Anstrengungen zu erfüllen (z.B. rasches Gehen, ca 1,5 km in 10 Minuten)?	_____ Sind Sie in der Vergangenheit schon einmal an der Lunge oder am Herzen operiert worden?
_____ Nehmen Sie regelmäßig verordnete oder nicht verordnete Medikamente? (Ausnahme Kontrazeptiva)	_____ Leiden Sie unter Kurzatmigkeit auch nach leichten Anstrengungen?	_____ Leiden Sie unter anderen Erkrankungen der Lunge oder der Atemwege?
_____ Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	_____ Besteht oder bestand eine Gefässerkrankung?	_____ Ist bei Ihnen schon einmal ein Pneumothorax / Lungenriss aufgetreten?
_____ Nehmen Sie andere Drogen?	_____ Haben oder hatten Sie schon einmal einen Gefässverschluss durch ein Blutgerinnsel (Thrombose / Embolie)?	_____ Schnarchen Sie stark?
_____ Leiden Sie unter Allergien?	_____ Wurden Sie schon einmal an den Blutgefäßen operiert?	_____ Leiden Sie unter Diabetes mellitus?
_____ Treten vermehrt Blutungen oder blaue Flecken auf oder ist eine Blutgerinnungsstörung bekannt?	_____ Haben Sie Schwierigkeiten beim Druckausgleich z.B. beim Fliegen oder bei Fahrten ins Gebirge?	_____ Haben Sie einen erhöhten Cholesterinspiegel?
_____ Haben Sie Implantate im Körper (z.B. nach Knochenbrüchen, Herzschrittmacher)?	_____ Leiden Sie unter häufigen Infekten der Atemwege oder der Nebenhöhlen?	_____ Leiden Sie unter Epilepsie oder Krampfanfällen oder nehmen Sie Medikamente zu ihrer Vermeidung?
_____ Hatten Sie jemals eine Dekompressionserkrankung oder einen Unfall im Zusammenhang mit Überdruck bzw. Druckluft?	_____ Sind Sie schon einmal an den Atemwegen, Ohren oder Nebenhöhlen operiert worden?	_____ Leiden Sie unter häufigen starken Kopfschmerzen oder Migräne oder nehmen Sie Medikamente zu ihrer Vermeidung??
_____ Sind Sie schon einmal wegen Knochenbrüchen oder Rückenbeschwerden operiert worden	_____ Leiden Sie unter häufiger Übelkeit bei Fahrten in Boot oder Auto?	_____ Leiden Sie unter einer Depression oder Angststörung oder nehmen Sie Medikamente zu ihrer Vermeidung?
_____ Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt?	_____ Leiden Sie unter Ohrenkrankheiten, Gehörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen?	_____ Haben Sie einen Weichteilbruch (Leisten-, Bauchwand-, Schenkel-, Zwerchfellbruch)?
_____ Haben Sie Bluthochdruck?	_____ Rauchen Sie (Zigarette, Zigarre, Pfeife, E-Zigarette)?	_____ Sind Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes bekannt (z.B. Sodbrennen)?
_____ Haben Sie eine bekannte Herzerkrankung?	_____ Leiden Sie unter Asthma oder COPD?	_____ Wurden Sie schon einmal am Magen-Darm-Trakt operiert?
_____ Leiden Sie unter Herzmuskelschwäche?	_____ Besteht derzeit eine akute Erkältung?	_____ Leiden Sie unter anderen Störungen der Gesundheit, nach denen hier nicht ausdrücklich gefragt wurde?

Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand vollständig, zutreffend und nach bestem Wissen und Gewissen erfolgt sind. Ich bestätige, dass ich meinen Instructor über jegliche Änderung meines Gesundheitszustandes im Zeitraum des Kurses in Kenntnis setzen werde und übernehme die vollumfängliche Verantwortung falls ich dies unterlasse.

Name (Blockschrift) Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift durch Erziehungsberechtigten) Datum

_____ _____ _____
Name des Unterzeichnenden (in Blockschrift) Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte) Datum

F. Beckmann 2019 – zur freien Verwendung durch NSC