

# Erklärung zum Gesundheitszustand

## TEILNEHMER-INFORMATION (vertraulich). Bitte vor dem Unterschreiben genau durchlesen.

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

Name des/r Tauchlehrers/in \_\_\_\_\_

Name der/s Tauchschule/Centers \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Lesen und besprechen Sie diese Erklärung vor dem Unterschreiben. Sie müssen die "Erklärung zum Gesundheitszustand" ausfüllen, die Angaben über Ihre Krankheitsgeschichte enthält, 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, treten Gefahren auf.

Um sicher zu tauchen, dürfen Sie nicht extrem übergewichtig oder untrainiert sein. Der Tauchsport kann in gewissen Situationen sehr

anstrengend sein. Ihre Atmung und Ihr Kreislauf müssen gesund sein. Alle luftgefüllten Hohlräume im Körper müssen normal und gesund sein. Personen mit einer Herzerkrankung, einer akuten Erkältung, Magen-Darm-Problemen, Epilepsie, Asthma oder anderen ernstesten 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 oder falls Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, konsultieren Sie vor der Kursteilnahme Ihren Arzt/Ihre Ärztin und Ihre/n Tauchlehrer/in. Dies sollten Sie auch nach Kursabschluss regelmäßig tun.

Sie werden während des Programms/Tauchkurses von Ihrem/r Tauchlehrer/in die wichtigen Sicherheitsregeln betreffend Atmung und Druckausgleich beim Tauchen erlernen. Die falsche Verwendung der Tauchausrüstung kann zu ernstesten 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.

## Angaben des/der Teilnehmer/in zum Gesundheitszustand

Die nachfolgenden Fragen dienen dazu herauszufinden, ob Sie sich vor der Teilnahme an dem Programm/Tauchkurs ärztlich untersuchen lassen müssen. 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 kann, 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/beraten lassen, bevor Sie am Tauchsport teilnehmen. Formular „Ärztliches Attest“ siehe Seite 2.

\_\_\_\_\_ Könnte es sein, dass Sie schwanger sind, oder wünschen Sie sich eine Schwangerschaft?

\_\_\_\_\_ Nehmen Sie gegenwärtig verordnete oder nicht 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 Mellitus, auch wenn diese nur durch Diät unter Kontrolle ist

**Hatten Sie in der Vergangenheit oder leiden Sie momentan an einer der nachfolgenden Krankheiten?**

\_\_\_\_\_ Asthma, Atembeschwerden oder Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung

\_\_\_\_\_ häufige oder ernste Anfälle von Heuschnupfen bzw. Allergien

\_\_\_\_\_ häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis

\_\_\_\_\_ irgendeine Form einer Lungenerkrankung

\_\_\_\_\_ Pneumothorax (Lungenriss)

\_\_\_\_\_ Erkrankungen oder chirurgische Eingriffe im Bereich des Brustkorbes

\_\_\_\_\_ körperliche oder psychische Probleme in Form von Panik, Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen

\_\_\_\_\_ Epilepsie, Anfälle, Krämpfe, oder nehmen Sie Medikamente zur deren Vermeidung?

\_\_\_\_\_ wiederholt auftretende massive migräneartige Kopfschmerzen, oder nehmen Sie Medikamente zur deren Vermeidung?

\_\_\_\_\_ Gedächtnisstörungen oder Ohnmachtsanfälle bzw. Bewusstlosigkeit

\_\_\_\_\_ häufige oder starke Reisekrankheit/Übelkeit (Boot, Auto, usw.)

\_\_\_\_\_ Ruhr oder Entwässerung mit notwendiger medizinischer Versorgung

\_\_\_\_\_ irgendein Tauchunfall oder Dekompressions-Krankheit

\_\_\_\_\_ Unfähigkeit, mäßige Körperübungen zu erfüllen (z.B. 1,5 km in 10 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 Eingriffe, Verletzungen oder Brüchen

\_\_\_\_\_ hoher Blutdruck oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des Blutdrucks?

\_\_\_\_\_ Herzkrankheiten

\_\_\_\_\_ Herzanfälle (Infarkte)

\_\_\_\_\_ Angina pectoris, chirurgische Eingriffe an Herz oder Blutgefäßen

\_\_\_\_\_ chirurgische Eingriffe an Ohren oder Nebenhöhlen

\_\_\_\_\_ Ohrenkrankheiten oder -operationen, Gehörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen

\_\_\_\_\_ wiederholte Ohrprobleme oder Schwierigkeiten beim Druckausgleich (Fliegen, in den Bergen, usw.)

\_\_\_\_\_ Blutungen oder andere Blutprobleme

\_\_\_\_\_ Weichteilbrüche (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)

\_\_\_\_\_ Geschwüre oder operativ entfernte Geschwüre

\_\_\_\_\_ Magen-Darm-Probleme oder künstlicher Darmausgang (Colostomie oder Ileostomie)

\_\_\_\_\_ Einnahme von sportlichen Aufbaupräparaten oder Behandlung wegen Alkoholproblemen in den letzten 5 Jahren

\_\_\_\_\_ Einnahme von Betäubungsmitteln oder übermäßiger Konsum von Medikamenten oder Alkohol

**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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern

\_\_\_\_\_  
Datum

# ÄRZTLICHES ATTEST

## KURSTEILNEHMER/IN

Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen.

Vorname/Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
(Tag/Mt./Jahr)

Strasse \_\_\_\_\_

Stadt \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

## **Name und Adresse Ihres Hausarztes bzw. behandelnden Arztes**

Name \_\_\_\_\_ Krankenhaus \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Datum Ihrer letzten Untersuchung \_\_\_\_\_

Name des untersuchenden Arztes \_\_\_\_\_ Krankenhaus \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal tauchsportärztlich untersucht?  JA  NEIN Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

## ARZT / ÄRZTIN

Diese Person ist Kandidat/in für eine Ausbildung im Sporttauchen mit Presslufttauchgerät bzw. ist bereits brevetierte/r Taucher/in. Wie beurteilen Sie aus medizinischer Sicht die Tauchtauglichkeit?

### **Beurteilung**

- Aus medizinischer Sicht kann ich nichts feststellen, was ich mit dem Tauchen als unvereinbar erachte.  
 Aus medizinischer Sicht kann ich diese Person **nicht** für den Tauchsport empfehlen.

### **Bemerkungen**

Ich habe mich über die Richtlinien zur Durchführung einer tauchsportärztlichen Untersuchung informiert.

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
(Tag/Mt./Jahr)

Name \_\_\_\_\_ Krankenhaus \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_