



Teilnehmererklärung zum Schnuppertauchen

Der Verein **Taucher im Nordpark Duisburg e.V.** bietet heute im _____
 (Ort, Schwimmbad) die Möglichkeit, das Tauchen mit Druckluft in Form eines Schnuppertauchgangs unter
 sachkundiger Begleitung kennenzulernen und auszuüben.

Ich möchte hieran teilnehmen.

Meine persönlichen Daten lauten wie folgt: Bitte lesbar ausfüllen!

 Name, Vorname

 Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

 Geburtsdatum

 Telefon privat

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

Desweiteren erkläre ich, dass ich mindestens 15 Minuten ohne Auftriebshilfe frei schwimmen kann.

 Ort, Datum

 Unterschrift ggf. Unterschrift beider Eltern / Erziehungsberechtigten

