



Teilnehmer-Fragebogen/Anmeldung - Schnuppertauchen

Bitte leserlich und in Druckbuchstaben ausfüllen.

Nur komplett ausgefüllte Anmeldungen können berücksichtigt werden.



Teilnehmer Vor- und Nachname _____

Teilnehmer Geburtsdatum _____ (Mindestalter: 10 Jahre am Tag der Teilnahme)

Teilnehmer E-Mail Adresse _____

Taucher Medizincheck

Sporttauchen und Freitauchen erfordert eine gute körperliche und geistige Gesundheit. Es gibt einige wenige medizinische Bedingungen, die beim Tauchen ein Risiko darstellen können und unten aufgeführt sind. Personen, die an einer dieser Erkrankungen leiden oder dafür prädisponiert sind, sollten von einem Arzt untersucht werden. Dieser medizinische Teilnehmer-Fragebogen für Taucher bietet die Grundlage für die Entscheidung, ob Sie sich um diese Untersuchung bemühen sollten. Wenn Sie Bedenken bezüglich Ihrer Tauchtauglichkeit haben, die sich nicht aus diesem Formular erschließen, sollten Sie sich vor dem Tauchen mit Ihrem Arzt beraten. Wenn Sie sich krank fühlen, vermeiden Sie das Tauchen. Wenn Sie denken, dass Sie eine ansteckende Krankheit haben könnten, schützen Sie sich und andere, indem Sie nicht an Tauchausbildung und/oder Tauchaktivitäten teilnehmen. Bezugnahmen auf "Tauchen" auf diesem Formular umfassen sowohl Sporttauchen als auch Freitauchen. Es ist in erster Linie als Screening im Sinne einer medizinischen Voruntersuchung für Tauchanfänger gedacht, eignet sich aber auch für Taucher, die eine fortgeschrittene Ausbildung absolvieren. Beantworten Sie zu Ihrer Sicherheit und der Sicherheit anderer, die mit Ihnen tauchen, alle Fragen ehrlich.

Anleitung

Füllen Sie diesen Fragebogen als Voraussetzung für die Teilnahme am Schnuppertauchen vollständig und wahrheitsgemäß aus. Das "ich" in der Fragestellung bezieht sich auf den Teilnehmer. Falls der Teilnehmer minderjährig ist, muss ein Erziehungsberechtigter die Fragen beantworten und unten unterzeichnen.

		JA	NEIN	(bei „JA“)
1	Ich hatte Probleme mit Lunge, Atmung, Herz und/oder Blut, die meine normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kasten A
2	Ich bin über 45 Jahre alt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kasten B
3	Ich habe Mühe, mich mäßig zu bewegen (z.B. 1,6 Kilometer/eine Meile in 14 Minuten laufen oder 200 Meter/Yard schwimmen, ohne mich auszuruhen) ODER ich war in den letzten 12 Monaten aus Fitness- oder Gesundheitsgründen nicht in der Lage, an einer normalen körperlichen Aktivität teilzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*
4	Ich habe Probleme mit meinen Augen, Ohren oder Nasengänge/Nasennebenhöhlen gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kasten C
5	Ich bin in den letzten 12 Monaten operiert worden ODER ich habe anhaltende Probleme im Zusammenhang mit früheren Operationen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kasten C
6	Ich habe das Bewusstsein verloren, hatte Migräne, Krampfanfälle, einen Schlaganfall, eine schwere Kopfverletzung oder leide an einer anhaltenden neurologischen Verletzung oder Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kasten D
7	Ich befinde mich derzeit in Behandlung (oder war in den letzten fünf Jahren in Behandlung) wegen psychischer Probleme, Persönlichkeitsstörungen, Panikattacken oder einer Drogen- oder Alkoholsucht; oder bei mir wurde eine Lern- oder Entwicklungsstörung diagnostiziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kasten E
8	Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kasten F
9	Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kasten G
10	Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente (mit Ausnahme von Empfängnisverhütungs- oder Anti-Malaria-Medikamenten außer Mefloquin (Lariam)).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*
11	Mit meiner Unterschrift unten bestätige ich, dass die teilnehmende Person über 10 Jahre alt ist und sich im Wasser wohl fühlt und schwimmen kann.	<input type="checkbox"/>		
12	<u>Bei Minderjährigen:</u> Ich bestätige mit meiner Unterschrift unten, dass eine erziehungsberechtigte Person während der gesamten Zeit anwesend sein wird.	<input type="checkbox"/>		

Wenn Sie alle obigen Fragen mit NEIN bzw. OK beantwortet haben, ist eine medizinische Untersuchung nicht erforderlich und der Teilnahme am Schnuppertauchen steht nichts mehr im Wege! Sollte eine Frage mit Ja beantwortet sein, bitte Kasten entsprechenden auf der Rückseite ausfüllen!

Unterschrift (Teilnehmer bzw. Erziehungsberechtigter)

Erklärung des Teilnehmers: Ich habe alle Fragen ehrlich beantwortet und verstehe, dass ich die Verantwortung für alle Konsequenzen übernehme, die sich aus Fragen ergeben, die ich möglicherweise ungenau beantwortet habe, oder für mein Versäumnis, bestehende oder frühere Gesundheitszustände offenzulegen.

Mit der Teilnahme bin ich einverstanden, dass die personenbezogenen Daten des Teilnehmers bei einem Tauchverband (PADI/SSI) zur Registrierung eines kostenfreien Benutzerkontos und zur Registrierung des Schnuppertauchens verwendet werden. Nur so sind unsere Dive-Professionals bei der Durchführung des Schnuppertauchens versichert. Für den Teilnehmer entstehen hierdurch keine Kosten.

Unterschrift des Teilnehmers _____
(falls minderjährig, die Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten des Teilnehmers)

Datum _____

Interner Kommentar / Termin / Uhrzeit _____

* Wenn Sie auf eine der Fragen (auf der Rückseite) mit Ja geantwortet haben, ist eine Teilnahme am Schnuppertauchen ohne ein gültiges ärztliches Attest leider nicht möglich.



Teilnehmer(in) Name

Geburtsdatum

(Druckbuchstaben)

Datum (TT/MM/JJ)

Taucher Medizincheck | Ausführlicher Kandidaten-Fragebogen

KASTEN A – ICH HABE/HATTE:

Brustchirurgie, Herzchirurgie, Herzklappenchirurgie, ein implantierbares medizinisches Gerät (z. B. Stent, Schrittmacher, Neurostimulator), Pneumothorax und/oder chronische Lungenerkrankung.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma, Keuchen, schwere Allergien, Heuschnupfen oder verstopfte Atemwege innerhalb der letzten 12 Monate, die meine körperliche Aktivität/Training einschränken.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Ein Problem oder eine Krankheit, die mein Herz betrifft, wie z.B.: Angina pectoris, Brustschmerzen bei Anstrengung, Herzinsuffizienz, Immersions-Lungenödem, Herzinfarkt oder Schlaganfall, ODER ich nehme Medikamente gegen eine Herzerkrankung ein.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Wiederholt Bronchitis und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Beschwerden an Lunge, Atmung, Herz und/oder Blut in den letzten 30 Tagen, die meine körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigen.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein

KASTEN B – ICH BIN ÜBER 45 JAHRE ALT UND:

Derzeit rauche oder inhaliere ich Nikotin mit anderen Mitteln.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Ich habe einen hohen Cholesterinspiegel.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Ich habe hohen Blutdruck.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Ich hatte einen plötzlichen Tod eines nahen Blutsverwandten oder eine Herzkrankheit oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Lebensjahr ODER ich habe eine familiäre Vorgeschichte mit Herzkrankheiten vor dem 50. Lebensjahr (einschließlich abnormaler Herzrhythmen, koronarer Herzkrankheit oder Erkrankung des Herzmuskels).	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein

KASTEN C – ICH HABE/HATTE:

Innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation der Nasennebenhöhlen.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Ohrkrankheit oder Ohrchirurgie, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Wiederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monate.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein

KASTEN D – ICH HABE/HATTE:

Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Anhaltende neurologische Verletzung oder Erkrankung.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Wiederkehrende Migränekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein

KASTEN E – ICH HABE/HATTE:

Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Schwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Es wurde eine psychische Erkrankung oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung oder besondere Unterbringung erfordert.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein

KASTEN F – ICH HABE/HATTE:

Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes, entweder medikamentös oder diätetisch kontrolliert, ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Einen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein

KASTEN G – ICH HABE/HATTE:

Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD).	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Adipositas Operationen innerhalb der letzten 12 Monate.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein

*Ärztliche Untersuchung erforderlich (siehe Seite 1). 2 von 3 © 2020