

Medizinische Erklärung

Teilnehmerdaten (vertrauliche Angaben)

Mit dieser Erklärung werden Sie über mögliche Risiken des Gerätetauchens und über das von Ihnen während des Tauchprogramms erwartete Verhalten informiert. Ihre Unterschrift auf dieser Erklärung ist Voraussetzung für die Teilnahme an Tauchgängen mit Aquatic Divers in Ägypten. Lesen Sie diese Erklärung, bevor Sie sie unterschreiben.

Um am Gerätetauchen teilzunehmen, müssen Sie diese medizinische Erklärung einschließlich des Fragebogens ausfüllen. Bei Minderjährigen muss die Erklärung zusätzlich von einem Elternteil oder Erziehungsberechtigten unterschrieben werden.

Tauchen ist eine aufregende und anspruchsvolle Aktivität. Richtig und mit den richtigen Techniken ausgeführt, ist es relativ sicher. Werden die festgelegten Sicherheitsregeln nicht befolgt, steigen jedoch die Risiken.

Um sicher zu tauchen, sollten Sie weder stark übergewichtig noch in schlechter körperlicher Verfassung sein. Tauchen kann unter bestimmten Bedingungen anstrengend sein. Atmung und Kreislauf müssen gesund sein, ebenso alle luftgefüllten Körperhöhlen. Wer an einer Herzerkrankung, einer akuten Erkältung oder verstopften Atemwegen, Epilepsie, einem schweren gesundheitlichen Problem oder Covid-19 leidet oder unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen steht, sollte nicht tauchen. Wenn Sie Asthma, eine Herzerkrankung oder andere chronische Erkrankungen haben oder regelmäßig Medikamente einnehmen, sprechen Sie vor der Teilnahme und danach regelmäßig mit Ihrem Arzt und dem Tauchlehrer / Divemaster. Der Tauchlehrer / Divemaster erklärt Ihnen außerdem die wichtigen Sicherheitsregeln zum Atmen und zum Druckausgleich. Unsachgemäßer Gebrauch der Tauchausrüstung kann zu schweren Verletzungen führen. Haben Sie Fragen zu dieser Erklärung oder zum Fragebogen, klären Sie diese vor der Unterschrift mit Ihrem Tauchlehrer / Divemaster.

Medizinische Erklärung – JA / NEIN

Bitte vor der Unterschrift sorgfältig lesen. Mit diesem Fragebogen soll geklärt werden, ob Sie sich vor dem Sporttauchen ärztlich untersuchen lassen sollten. Ein „Ja“ schließt Sie nicht unbedingt vom Tauchen aus. Es bedeutet, dass eine Vorerkrankung Ihre Sicherheit beim Tauchen beeinträchtigen kann und Sie vor dem Tauchen ärztlichen Rat einholen müssen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer früheren oder aktuellen Krankengeschichte mit JA oder NEIN. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit JA. Trifft einer der Punkte auf Sie zu, müssen wir Sie bitten, vor dem Tauchen einen Arzt aufzusuchen.

JA NEIN

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Könnten Sie schwanger sein oder versuchen Sie, schwanger zu werden? |
| ☐ | ☐ | Nehmen Sie derzeit verschreibungspflichtige Medikamente ein (außer Verhütungsmitteln oder Malariamitteln)? |
| ☐ | ☐ | Sind Sie über 40 Jahre alt und trifft einer oder mehrere der folgenden Punkte zu? |
| | | <ul style="list-style-type: none">• Sie rauchen Pfeife, Zigarren oder Zigaretten• Sie haben einen hohen Cholesterinspiegel• in Ihrer Familie gab es Herzinfarkte oder Schlaganfälle• Sie sind derzeit in ärztlicher Behandlung• Bluthochdruck• Diabetes mellitus, auch wenn er nur durch Diät eingestellt ist |

Hatten oder haben Sie ...

JA NEIN

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Asthma oder pfeifende Atmung in Ruhe oder bei Belastung? |
| ☐ | ☐ | Häufige oder schwere Anfälle von Heuschnupfen oder Allergien? |
| ☐ | ☐ | Häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen oder Bronchitis? |
| ☐ | ☐ | Irgendeine Lungenerkrankung? |
| ☐ | ☐ | Pneumothorax (Lungenkollaps)? |
| ☐ | ☐ | Andere Erkrankungen oder Operationen im Brustkorb? |
| ☐ | ☐ | Psychische oder seelische Probleme (Panikattacken, Angst vor engen oder offenen Räumen)? |
| ☐ | ☐ | Epilepsie, Krampfanfälle oder Medikamente zu deren Vorbeugung? |
| ☐ | ☐ | Wiederkehrende komplizierte Migräne oder Medikamente zu deren Vorbeugung? |
| ☐ | ☐ | Ohnmachten oder Bewusstseinsstörungen (ganz oder teilweise)? |
| ☐ | ☐ | Häufige oder starke Reisekrankheit (See-, Autokrankheit usw.)? |

☐	☐	Durchfallerkrankung oder Austrocknung mit ärztlicher Behandlung?
☐	☐	Tauchunfälle oder Dekompressionskrankheit?
☐	☐	Unfähigkeit zu mäßiger Belastung (z. B. 1,6 km in 12 Minuten gehen)?
☐	☐	Kopfverletzung mit Bewusstlosigkeit in den letzten fünf Jahren?
☐	☐	Wiederkehrende Rückenprobleme?
☐	☐	Rücken- oder Wirbelsäulenoperation?
☐	☐	Diabetes?
☐	☐	Rücken-, Arm- oder Beinprobleme nach Operation, Verletzung oder Bruch?
☐	☐	Bluthochdruck oder Medikamente gegen Bluthochdruck?
☐	☐	Herzerkrankung?
☐	☐	Herzinfarkt?
☐	☐	Angina pectoris, Herz- oder Gefäßoperation?
☐	☐	Nebenhöhlenoperation?
☐	☐	Ohrenerkrankung oder -operation, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen?
☐	☐	Wiederkehrende Ohrenprobleme?
☐	☐	Blutungsneigung oder andere Bluterkrankungen?
☐	☐	Bruch (Hernie)?
☐	☐	Geschwüre oder Geschwüroperation?
☐	☐	Covid-19, seine Varianten oder Symptome?
☐	☐	Künstlicher Darmausgang (Kolostomie oder Ileostomie)?
☐	☐	Drogenkonsum oder Behandlung wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit in den letzten fünf Jahren?

Meine Angaben zu meiner Krankengeschichte sind nach bestem Wissen richtig. Ich übernehme die Verantwortung, falls ich eine bestehende oder frühere Erkrankung nicht angegeben habe.

_____	_____	_____
Name	Unterschrift	Datum

 Unterschrift Elternteil / Erziehungsberechtigter (bei Minderjährigen)