

Teilnehmererklärung zum Schnuppertauchen

Der Harpstedter Turnerbund von 1818 e.V. bietet heute im Harpstedter Rosenfreibad 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 habe / hatte eine Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Ich habe / hatte Asthma, Tuberkulose oder Bronchitis | <input type="checkbox"/> Ich bin derzeit in ärztlicher Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Ich nehme derzeit die Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigende Medikamente ein | <input type="checkbox"/> Ich habe momentan eine Ohrentzündung Ich leide an einer chronischen Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Ich leide unter Klaustrophobie | <input type="checkbox"/> Ich leide unter Nasennebenhöhlenerkrankungen Ich nehme Drogen |
| <input type="checkbox"/> Ich trage Prothesen | <input type="checkbox"/> Ich musste mich in den letzten vier Monaten einer Operation unterziehen |
| <input type="checkbox"/> Ich leide an Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Ich habe / hatte Schädelbasisverletzungen |
| <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 Erkrankungen des Bewegungsapparates |
| <input type="checkbox"/> Ich bin Diabetiker | <input type="checkbox"/> Ich habe / hatte eine Trommelfellerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Ich leide an Schwindel-, Ohnmachts-, Krampf- oder anderen Anfällen (Epilepsie u.a.) | <input type="checkbox"/> Ich bin schwanger |
| <input type="checkbox"/> Ich leide an einer Nervenerkrankung | <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.

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

Ort, Datum Unterschrift ggf. Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten