



Münsterland Divers e.V.

Teilnahmeerklärung zum Schnuppertauchen – bitte vollständig ausfüllen -

Name: _____
Adresse: _____
PLZ / Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Informationen zum Gesundheitszustand des Teilnehmers – zutreffendes bitte ankreuzen -

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Akute Erkältung (Nasen- oder Rachenprobleme) | <input type="checkbox"/> Chronischer bzw. dauerhafter Husten |
| <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Gelenk- oder Rückenverletzungen |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Platzangst |
| <input type="checkbox"/> Akute Gehörgangs-/Ohrenentzündung | <input type="checkbox"/> Raucht 20 oder mehr Zigaretten/Tag |
| <input type="checkbox"/> Taubheit oder Ohrengeräusche | <input type="checkbox"/> Leidet unter Krampfanfällen |
| <input type="checkbox"/> Operationen am Ohr/Trommelfell | <input type="checkbox"/> Leidet unter schweren Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Trommelfellerkrankung | <input type="checkbox"/> Leidet an einer Nervenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Problem, den Druck in den Ohren auszugleichen (z.B. bei Fahrten in die Berge oder beim Fliegen). | <input type="checkbox"/> Ist derzeit in ärztlicher Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Schwindel-, Ohnmachts- oder andere Anfälle (Epilepsie u.a.) | <input type="checkbox"/> Leidet an einer chronischen Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Regelmäßige Einnahme von Medikamenten | <input type="checkbox"/> Alkohol- oder Drogeneinnahme |
| <input type="checkbox"/> Trägt Prothesen, Zahnersatz etc. | <input type="checkbox"/> Schädelbasisverletzungen |
| <input type="checkbox"/> Operationen am Auge / Sehprobleme | <input type="checkbox"/> Leidet an Erkrankungen des Bewegungsapparates |
| <input type="checkbox"/> Diabetes, Allergien, Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Neigt zu Panikreaktionen, leidet unter psychischen Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma, Tuberkulose, Bronchitis oder Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> Musste sich in den letzten vier Monaten einer Operation unterziehen |
| | <input type="checkbox"/> Kann nicht schwimmen |
| | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |

Ich bestätige, dass die oben gemachten Angaben nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich stimme zu, dass ich alle Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit der Teilnahme am Tauchsport (inklusive solcher Risiken, die durch bereits bestehende Erkrankungen oder Änderungen des Gesundheitszustandes und / oder durch ein Verschweigen von vorhandenen oder vergangenen Erkrankungen) selbst übernehme. Ebenfalls bestätige ich, dass ich über alle möglichen Risiken des Tauchsports ausführlich aufgeklärt wurde.

Ort / Datum

Unterschrift des Teilnehmers