

Hiermit melde Ich, _____ mich zur Teilnahme an Tauchaktivitäten und/oder einem Schnorchel- bzw. Tauchkurs, veranstaltet mit bzw. durch die Tauchbasis & Tauchschnule **Daivoon Dive Center, Inhaber Goetz Schäfer - X9638447K, 35508 Costa Teguisse, Lanzarote, Spanien** inkl. der hier beschäftigten Personen an.

Teilnahmebedingungen - gelten ab Beginn der Aktivitäten hier am: _____

1. Die Teilnahme an Tauchaktivitäten und Kursen erfolgt auf eigene Gefahr. Es ist mir bewusst, dass Schnorcheln und Tauchen mit Pressluft eine potentiell gefährliche Sportart ist und körperliche Belastungen mit sich bringt.
2. Ich kann gegenüber Daivoon keine Haftungsansprüche geltend machen, es sei denn Daivoon kann grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz nachgewiesen werden. Für Erfüllungsgehilfen der Tauchschnule gelten die gleichen Haftungsgrundsätze wie für die Tauchschnule.
3. Ich ermächtige für den Fall, dass ich selbst nicht entscheidungsfähig bin, das Personal von Daivoon Dive Center nach sorgfältiger Abwägung alles zu tun was in meinem persönlichen Interesse erforderlich ist. Für die dadurch entstehenden Kosten komme ich auf, wenn diese etwaige Versicherungsdeckungen übersteigen.
4. Ich verpflichte mich, die mir anvertrauten Ausrüstungsgegenstände sorgsam zu behandeln. Bei Beschädigung oder Verschmutzung (z.B. durch Urin), die auf meine Fahrlässigkeit zurückzuführen ist, sowie bei Verlust, werde ich Ersatz in Höhe des entstandenen Schadens oder Reinigung leisten.
5. Die Tauchschnule übernimmt keine Haftung bei Diebstählen, Beschädigungen oder Verlust von persönlichem Eigentum. Dies gilt auch bei Ausflügen oder Führungen im Wasser. Etwas anderes gilt nur in den Fällen, in denen grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz der Tauchschnule vorliegt.
6. Das Mindestalter für Freiwassertauchgänge ist 8 Jahre. Bei Minderjährigen ist in jedem Fall die schriftliche Zustimmung der Erziehungsberechtigten vorzulegen.
7. Während der Tauchaktivitäten ist den Anweisungen der Tauchlehrer oder deren Erfüllungsgehilfen Folge zu leisten.
8. Wird ein Tauchgang aus Gründen, die nicht von der Tauchschnule zu vertreten sind, vorzeitig abgebrochen, besteht kein Anspruch auf Erstattung. Dies gilt auch für Tauchkurse.
9. Es ist grundsätzlich untersagt, alleine zu tauchen. Die Tauchgangsteilnehmer haben stets zusammen zu bleiben, gemeinsam ab- und aufzutauchen.
10. Ich verpflichte mich, den Umweltschutz zu beachten, keine lebenden Pflanzen und Tiere zu sammeln, zu jagen oder zu harpunieren.
11. Ich verpflichte mich bei folgenden Gelegenheiten nicht zu tauchen: nach reichhaltigen Mahlzeiten, nach Alkohol- oder Drogenkonsum, nach starkem Sonnenbad, bei starker Erkältung, Übermüdung, Verletzung, bei allgemeinem Unwohlsein und weder am Ankunfts- noch am Abreisetag.
12. Ich stimme zu, dass elektronische Aufzeichnungen meiner persönlichen Daten angelegt werden und diese im Falle eines Kurses an die Ausbildungsorganisation, die den Tauchschein ausstellt - **PADI, SSI** oder **SUB** – elektronisch weitergeleitet werden. Die Daten werden für die gesetzlich notwendige Zeit aufgehoben und danach ordnungsgemäß entsorgt. Alle darüber hinaus gesammelten Daten, können auf Wunsch vernichtet werden.
13. Ich erkläre, dass ich mind. 25 m weit schwimmen kann.
14. Die Sicherheit beim Tauchen ist nur bei voll funktionsfähiger Ausrüstung gewährleistet. Der ordnungsgemäße Zustand der Ausrüstung wird von Daivoon regelmäßig geprüft. Dennoch hat jeder zertifizierte TaucherIn die Pflicht, sich vor dem Tauchgang von der Funktionsfähigkeit zu überzeugen.

Ich habe mich über den Inhalt dieser Teilnahmebedingungen informiert, indem ich diese gelesen habe, bevor ich sie bindend unterschrieben habe. Ich bestätige hiermit auch, dass ich bezüglich der Gefahren des Schnorchel- und Gerätetauchens beraten und ausführlich vom Personal über die Sicherheitsbestimmungen von Daivoon Dive Center informiert wurde. Außerdem erkläre ich, dass alle Angaben dieses Formulars zu meinen persönlichen Daten, medizinischen Daten und Tauch-Erfahrungen korrekt sind und nach bestem Wissen und Gewissen erfolgt sind.

Datum: _____ Unterschrift des Teilnehmers: _____

Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Notfallkontakt:

Name:	Mobilnr.:
--------------	------------------

Taucher Medizincheck | Kandidaten-Fragebogen

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 glauben, dass Sie möglicherweise an einer ansteckenden Krankheit leiden, schützen Sie sich und andere, indem Sie nicht an der Tauchausbildung und/oder an 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 einen Sporttauch- oder Freitauch-Kurs aus.

Hinweis für Frauen: Wenn Sie schwanger sind oder versuchen, schwanger zu werden, tauchen Sie nicht.

1	Ich hatte Probleme mit meinen Lungen, Atmung, Herz und/oder Blut mit Beeinträchtigung meiner normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit	Ja <input type="checkbox"/> Kasten A	Nein <input type="checkbox"/>
2	Ich bin über 45 Jahre alt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten B	Nein <input type="checkbox"/>
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.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
4	Ich habe Probleme mit meinen Augen, Ohren oder Nasengänge/Nasennebenhöhlen gehabt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten C	Nein <input type="checkbox"/>
5	Ich bin in den letzten 12 Monaten operiert worden ODER ich habe anhaltende Probleme im Zusammenhang mit früheren Operationen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
6	Ich habe das Bewusstsein verloren, hatte Migräne, Krampfanfälle, einen Schlaganfall, eine schwere Kopfverletzung oder leide an einer anhaltenden neurologischen Verletzung oder Erkrankung.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten D	Nein <input type="checkbox"/>
7	Ich befinde mich derzeit wegen psychologischer Probleme, Persönlichkeitsstörungen, Panikattacken, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit in Behandlung (oder habe in den letzten fünf Jahren eine Behandlung benötigt) oder es wurde bei mir eine Lern- oder Entwicklungsstörung diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten E	Nein <input type="checkbox"/>
8	Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten F	Nein <input type="checkbox"/>
9	Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten G	Nein <input type="checkbox"/>
10	Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente ein (mit Ausnahme von Antibabypillen oder Malariamitteln außer Mefloquin (Lariam)).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

Kandidaten Erklärung

Wenn Sie alle 10 obigen Fragen mit NEIN beantwortet haben, ist eine medizinische Beurteilung nicht erforderlich. Bitte lesen Sie die nachstehende Teilnehmererklärung und stimmen Sie ihr zu, indem Sie sie unterschreiben und datieren.

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.

Teilnehmer Unterschrift (oder bei minderjährigen Erziehungsberechtigte erforderlich)

Datum(TT/MM/JJJJ)

Teilnehmer Name (Druckschrift)

Geburtsdatum (dd/mm/yyyy)

Instruktor Name (Druckschrift)

Einrichtung

*** Wenn Sie auf die Fragen 3, 5 oder 10 ODER auf eine der Fragen auf Seite 2 mit JA geantwortet haben,** lesen Sie bitte die obige Erklärung und stimmen Sie ihr zu, indem Sie diese mit Datum und Unterschrift versehen **UND bringen Sie alle drei Seiten dieses Formulars (Kandidatenfragebogen und Formular für die ärztliche Beurteilung)** zu Ihrem Arzt für eine medizinische Beurteilung. Für die Teilnahme an einem Tauchkurs ist die Zustimmung Ihres Arztes erforderlich.

Taucher Medizincheck | Ausführlicher Kandidaten-Fragebogen

KASTEN A – ICH HABE/HATTE:		
Brustkorboperation, Herzoperation, Herzklappenoperation, ein medizinisches Implantat (z.B. Stent, Schrittmacher, Neurostimulator), Pneumothorax und/oder chronische Lungenerkrankung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma, Keuchen, schwere Allergien, Heuschnupfen oder verstopfte Atemwege innerhalb der letzten 12 Monate, die meine körperliche Aktivität/ Training einschränken.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
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.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederholt Bronchitis und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Symptome innerhalb der letzten 30 Tage, die meine Lungen, Atmung, Herz und/oder Blut betrafen und meine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigt haben.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN B – ICH BIN ÜBER 45 JAHRE ALT UND:		
Derzeit rauche oder inhaliere ich Nikotin mit anderen Mitteln.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich habe einen hohen Cholesterinspiegel.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich habe hohen Blutdruck.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
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).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN C – ICH HABE/HATTE:		
Innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation der Nasennebenhöhlen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ohrkrankheit oder Ohrchirurgie, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN D – ICH HABE/HATTE:		
Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Anhaltende neurologische Verletzung oder Erkrankung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederkehrende Migränekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN E – ICH HABE/HATTE:		
Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Schwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Es wurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung oder besondere Unterbringung erfordert.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN F – ICH HABE/HATTE:		
Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Einen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN G – ICH HATTE:		
Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Adipositas Operationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>