

Anmeldeformular



☐ Schnorcheln ☐ Schnuppertauchen ☐ Kurs ☐ Geführte Tauchgänge

PERSÖNLICHE ANGABEN

VORNAME	NACHNAME	GEBURTSDATUM
PASS- / PERSONUMMER	NATIONALITÄT	LAND
ADRESSE	POSTLEITZAHL	STADT
HANDYNUMMER	E-MAIL	BERUF
UNTERKUNFT	NOTFALLKONTAKT	NOTFALLKONTAKT NUMMER
ANREISEDATUM	ABREISEDATUM	ABHOLUNG ☐ JA ☐ NEIN

DATENSCHUTZ

Ich bestätige, dass ich darüber informiert wurde, dass **GOETZ WOLFGANG SCHÄFER**, handelnd unter dem Namen Daivoon Diving Center, als Verantwortlicher die in diesem Formular und den dazugehörigen Unterlagen erhobenen personenbezogenen Daten zum Zweck der Verwaltung und Durchführung der gebuchten Dienstleistungen verarbeitet und speichert.

Grundlegende Informationen zum Datenschutz

Verantwortlicher: GOETZ WOLFGANG SCHÄFER, handelnd unter dem Namen Daivoon Diving Center.

Zweck: Administrative Verwaltung der Service - Nutzer sowie die Durchführung von Tauch- und Schnorchelaktivitäten.

Rechtsgrundlage: Erfüllung eines Vertrags und, soweit erforderlich, Einwilligung der betroffenen Person.

Empfänger: Soweit erforderlich, können personenbezogene Daten an Dritte weitergegeben werden, die an der Erbringung der angeforderten Dienstleistungen beteiligt sind, darunter Versicherungsanbieter (z. B. ARAG, Dive & Travel Solutions), Tauch-Ausbildungs- und Zertifizierungsorganisationen (z. B. SSI) oder sofern dies gesetzlich vorgeschrieben ist.

Ihre Rechte: Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer personenbezogenen Daten sowie auf die Ausübung der weiteren Rechte, die in der ausführlichen Datenschutzerklärung erläutert werden.

Weitere Informationen: Die vollständige Datenschutzerklärung finden sie auf daivoon.com oder unter der Anschrift Calle las Conchas, Local 4, 35508 Costa Teguiuse.

☐ Ich habe die obenstehenden Informationen gelesen und verstanden.

EINWILLIGUNG IN FOTO- UND VIDEOAUFNAHMEN (OPTIONAL)

☐ Ich willige ein, dass das Daivoon Diving Center während der Tauch- oder Schnorchelaktivität Foto & Videoaufnahmen anfertigt. Mir ist bekannt, dass die Aufnahmen die Gruppe und die Aktivität als Ganzes zeigen und ich gemeinsam mit anderen Teilnehmern darauf abgebildet sein kann. Die Foto- und Videoaufnahmen werden sicher gespeichert und ausschließlich den Teilnehmern derselben Aktivität über eine geschützte Online-Galerie zur Ansicht und zum Kauf zur Verfügung gestellt.

Grundlegende Informationen zum Datenschutz

Verantwortlicher: GOETZ WOLFGANG SCHÄFER, handelnd unter dem Namen Daivoon Diving Center.

Zweck: Aufnahme, Speicherung und Bereitstellung von Foto- und Videoaufnahmen für die Teilnehmer über eine geschützte Online-Galerie zur Ansicht und zum Kauf.

Rechtsgrundlage: Einwilligung der betroffenen Person.

Empfänger: Soweit erforderlich, können personenbezogene Daten an Dienstleister übermittelt werden, die in unserem Auftrag tätig sind (z. B. Anbieter von Cloud-Speicher- oder Online-Galeriediensten), sowie in Fällen, in denen eine Weitergabe gesetzlich vorgeschrieben ist.

Ihre Rechte: Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Darüber hinaus haben Sie das Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer personenbezogenen Daten, wie in unserer Datenschutzerklärung näher erläutert.

Weitere Informationen: Die vollständige Datenschutzerklärung finden sie auf daivoon.com oder unter der Anschrift Calle las Conchas, Local 4, 35508 Costa Teguiuse.

☐ Ich willige ein, dass das Daivoon Diving Center Foto- und Videoaufnahmen, auf denen ich abgebildet bin, zu Werbe- und Marketingzwecken verwenden und veröffentlichen darf, insbesondere auf seiner Website, in Printmedien und auf Social-Media-Kanälen.

TAUCHERFAHRUNG

AUSBILDUNGSLEVEL	ANZAHL TAUCHGÄNGE	DATUM LETZTER TG	TIEFSTER TG

VERSICHERUNGSERLÄRUNG (nur für zertifizierte Taucher)

Für die Teilnahme an Tauchaktivitäten ist eine gültige Tauchunfallversicherung erforderlich und in Spanien gesetzlich vorgeschrieben.

Mir ist bekannt, dass Kosten infolge eines Tauchunfalls, insbesondere für **Überdruckkammerbehandlung (Rekompression)**, **Rettung und medizinisch erforderliche Transporte**, von mir zu tragen sein können, soweit diese nicht durch einen ausreichenden Versicherungsschutz gedeckt sind. Allgemeine Reiseversicherungen, Tauch-Haftpflichtversicherungen und die Europäische Krankenversicherungskarte decken diese Kosten möglicherweise nicht oder nicht vollständig ab. Hyperbare Behandlungen und Notfallversorgung können erhebliche Kosten verursachen.

Bitte eine Option auswählen:

- ☐ Ich bestätige, dass ich über eine gültige Tauchunfallversicherung verfüge, die mindestens Druckkammerbehandlungen, Rettungsmaßnahmen und medizinisch erforderliche Transporte abdeckt.
- ☐ Ich möchte die erforderliche Tauchunfallversicherung über den Versicherungspartner des Daivoon Diving Center abschließen.

Hiermit bestätige ich meine Teilnahme an Schnorchel und/oder Tauchaktivitäten veranstaltet mit bzw. durch die Tauchschule **Daivoon Diving Center**, Inhaber **Goetz Wolfgang Schäfer (NIE X9638447K)**, Costa Tegui, Las Palmas, Spanien, oder von hierzu autorisierten Mitarbeitern.

Diese Teilnahmebedingungen gelten ab dem ersten Tag der Aktivitäten und für alle Tauch- und Schnorchelaktivitäten während des Aufenthalts des Teilnehmers, sofern nichts anderes vereinbart wurde.

Beginn der Aktivitäten: _____.

TEILNAHMEBEDINGUNGEN

1. Mir ist bekannt, dass Schnorcheln und Gerätetauchen mit Risiken verbunden sind, die zu schweren Verletzungen, Erkrankungen oder zum Tod führen können. Ich nehme freiwillig teil und bin mir dieser Risiken bewusst.
2. Ich verpflichte mich, den Anweisungen der Tauchlehrer und Mitarbeiter des Daivoon Diving Center jederzeit Folge zu leisten.
3. Im Falle eines Unfalls oder medizinischen Notfalls und sofern ich nicht selbst entscheidungsfähig bin, ermächtige ich die Mitarbeiter des Daivoon Diving Center, die erforderliche medizinische Behandlung oder Notfallhilfe zu veranlassen. Nicht von meiner Versicherung gedeckte Kosten trage ich selbst.
4. Ich verpflichte mich, die mir überlassene Leihausrüstung sorgfältig zu behandeln. Bei Beschädigung, übermäßiger Verschmutzung (z. B. durch Urin), Verlust oder Diebstahl infolge meines Verschuldens trage ich die angemessenen Kosten für Reparatur, Ersatz oder Reinigung.
5. Das Daivoon Diving Center haftet nicht für Verlust, Diebstahl oder Beschädigung persönlicher Gegenstände, soweit diese nicht durch ein Verschulden des Daivoon Diving Center verursacht wurden.
6. Das Mindestalter für die Teilnahme an Tauchaktivitäten im Freiwasser beträgt 10 Jahre. Teilnehmer unter 18 Jahren benötigen die schriftliche Zustimmung eines Elternteils oder gesetzlichen Vertreters.
7. Zu den Regeln des sicheren Tauchens gehört, beim zugewiesenen Tauchpartner (Buddy) zu bleiben, sofern ein Tauchprofi keine andere Anweisung erteilt. Ich verpflichte mich, diese Regel während der gesamten Aktivität einzuhalten.
8. Ich bestätige, ausschließlich an Tauchaktivitäten teilzunehmen, die meiner Zertifizierung und Erfahrung entsprechen, sofern diese nicht Teil eines anerkannten Ausbildungsprogramms unter direkter Aufsicht eines qualifizierten Tauchlehrers sind.
9. Ich verpflichte mich, nicht an Tauchaktivitäten teilzunehmen, wenn ich unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen stehe oder aufgrund von Krankheit, Erschöpfung, Verletzung, Atemwegsbeschwerden oder anderen Beeinträchtigungen nicht in der Lage bin, sicher zu tauchen.
10. Ich verpflichte mich, die Umwelt zu respektieren und geltende Umweltschutzvorschriften einzuhalten. Ich werde Meereslebewesen weder stören, sammeln, füttern, belästigen oder entfernen noch die Unterwasserwelt beschädigen.
11. Ich bestätige, dass ich mindestens 25 Meter schwimmen kann.
12. Zur Gewährleistung der Sicherheit wird die Ausrüstung des Daivoon Diving Center regelmäßig überprüft und gewartet. Dennoch ist jeder zertifizierte Taucher selbst dafür verantwortlich, die verwendete Ausrüstung vor jedem Tauchgang auf ihre ordnungsgemäße Funktion zu überprüfen.
13. Personenbezogene Daten werden gemäß der separat bereitgestellten Datenschutzerklärung verarbeitet.
14. Das Daivoon Diving Center behält sich das Recht vor, die Teilnahme zu verweigern oder eine Aktivität abubrechen, wenn dies aus Sicherheitsgründen, wegen unangemessenen Verhaltens, Nichtbefolgung von Anweisungen, unzureichender Fähigkeiten oder körperlicher Eignung oder aus anderen Gründen, die die Sicherheit oder ordnungsgemäße Durchführung der Aktivität beeinträchtigen können, erforderlich erscheint. In diesen Fällen besteht kein Anspruch auf Erstattung.
15. Das Daivoon Diving Center und seine Mitarbeiter haften nur im gesetzlich vorgeschriebenen Umfang. Eine Haftung, die nach spanischem Recht nicht ausgeschlossen oder beschränkt werden darf, bleibt von diesen Teilnahmebedingungen unberührt.
16. Diese Teilnahmebedingungen unterliegen spanischem Recht und sind nach diesem ausulegen.
17. **Bei einer Stornierung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Beginn der Aktivität besteht Anspruch auf vollständige Erstattung. Bei einer Stornierung weniger als 24 Stunden vor Beginn, bei Nichterscheinen oder wenn der Teilnehmer sich entscheidet, die Aktivität nicht anzutreten, besteht kein Anspruch auf Erstattung.**
18. Stellt das Daivoon Diving Center fest, dass eine Aktivität aufgrund von Wetter- oder Meeresbedingungen, behördlichen Beschränkungen, höherer Gewalt oder anderen außerhalb seines Einflussbereichs liegenden Umständen nicht sicher durchgeführt werden kann, kann die Aktivität verschoben oder eine Alternative angeboten werden. Ist beides nicht möglich, wird der Betrag für die betroffene Aktivität erstattet. Dies gilt nicht bei einer Stornierung durch den Gast.
19. Mit Beginn der Aktivität erklärt sich jeder Teilnehmer mit deren Durchführung unter den zu diesem Zeitpunkt herrschenden Bedingungen einverstanden. Nach Beginn der Aktivität besteht bei einer Unterbrechung oder einem Abbruch kein Anspruch auf Erstattung, es sei denn, diese beruhen auf grober Fahrlässigkeit des Daivoon Diving Center.
20. Ich verpflichte mich, pünktlich zum vereinbarten Treffpunkt zu erscheinen. Verpasse ich durch Verspätung oder Nichterscheinen den Beginn der Aktivität oder die Abfahrt, besteht kein Anspruch auf Teilnahme oder Erstattung der Kosten.

ERKLÄRUNG

Ich bestätige, dass ich diese **Teilnahmebedingungen gelesen und verstanden** habe.

Ich versichere, dass die von mir gemachten persönlichen und medizinischen **Angaben** sowie die Angaben zu meiner Taucherfahrung nach bestem Wissen **richtig, wahr und vollständig** sind und übernehme die Verantwortung für unzutreffende oder fehlende Angaben.

Ich bestätige, dass ich Gelegenheit hatte, Fragen zu diesen Teilnahmebedingungen zu stellen, und diese zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden sind.

Name Teilnehmer

Unterschrift Teilnehmer

DATUM

Erziehungsberechtigter (bei Minderjährigen)

Unterschrift Erziehungsberechtigter

DATUM

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 ☐ Kasten A	Nein ☐
2	Ich bin über 45 Jahre alt.	Ja ☐ Kasten B	Nein ☐
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 ☐ *	Nein ☐
4	Ich habe Probleme mit meinen Augen, Ohren oder Nasengänge/Nasennebenhöhlen gehabt.	Ja ☐ Kasten C	Nein ☐
5	Ich bin in den letzten 12 Monaten operiert worden ODER ich habe anhaltende Probleme im Zusammenhang mit früheren Operationen.	Ja ☐ *	Nein ☐
6	Ich habe das Bewusstsein verloren, hatte Migräne, Krampfanfälle, einen Schlaganfall, eine schwere Kopfverletzung oder leide an einer anhaltenden neurologischen Verletzung oder Erkrankung.	Ja ☐ Kasten D	Nein ☐
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 ☐ Kasten E	Nein ☐
8	Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.	Ja ☐ Kasten F	Nein ☐
9	Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	Ja ☐ Kasten G	Nein ☐
10	Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente ein (mit Ausnahme von Antibabypillen oder Malariamitteln außer Mefloquin (Lariam)).	Ja ☐ *	Nein ☐

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 ☐ *	Nein ☐
Asthma, Keuchen, schwere Allergien, Heuschnupfen oder verstopfte Atemwege innerhalb der letzten 12 Monate, die meine körperliche Aktivität/ Training einschränken.	Ja ☐ *	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.	Ja ☐ *	Nein ☐
Wiederholt Bronchitis und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert.	Ja ☐ *	Nein ☐
Symptome innerhalb der letzten 30 Tage, die meine Lungen, Atmung, Herz und/oder Blut betrafen und meine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigt haben.	Ja ☐ *	Nein ☐
KASTEN B – ICH BIN ÜBER 45 JAHRE ALT UND:		
Derzeit rauche oder inhaliere ich Nikotin mit anderen Mitteln.	Ja ☐ *	Nein ☐
Ich habe einen hohen Cholesterinspiegel.	Ja ☐ *	Nein ☐
Ich habe hohen Blutdruck.	Ja ☐ *	Nein ☐
Ich hatte einen plötzlichen Tod eines nahen Blutsverwandten oder eine Herzerkrankung oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Lebensjahr ODER ich habe eine familiäre Vorgeschichte mit Herzerkrankungen vor dem 50. Lebensjahr (einschließlich abnormaler Herzrhythmen, koronarer Herzkrankheit oder Erkrankung des Herzmuskels).	Ja ☐ *	Nein ☐
KASTEN C – ICH HABE/HATTE:		
Innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation der Nasennebenhöhlen.	Ja ☐ *	Nein ☐
Ohrkrankheit oder Ohrchirurgie, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen.	Ja ☐ *	Nein ☐
Wiederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐
Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐
KASTEN D – ICH HABE/HATTE:		
Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja ☐ *	Nein ☐
Anhaltende neurologische Verletzung oder Erkrankung.	Ja ☐ *	Nein ☐
Wiederkehrende Migränekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung.	Ja ☐ *	Nein ☐
Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja ☐ *	Nein ☐
Epilepsie, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern.	Ja ☐ *	Nein ☐
KASTEN E – ICH HABE/HATTE:		
Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja ☐ *	Nein ☐
Schwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja ☐ *	Nein ☐
Es wurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung oder besondere Unterbringung erfordert.	Ja ☐ *	Nein ☐
Eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste.	Ja ☐ *	Nein ☐
KASTEN F – ICH HABE/HATTE:		
Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken.	Ja ☐ *	Nein ☐
Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐
Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐
Einen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt.	Ja ☐ *	Nein ☐
Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐
KASTEN G – ICH HABE/HATTE:		
Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung.	Ja ☐ *	Nein ☐
Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte.	Ja ☐ *	Nein ☐
Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐
Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD).	Ja ☐ *	Nein ☐
Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.	Ja ☐ *	Nein ☐
Adipositas Operationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐