

### BITTE DRUCKSCHRIFT

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_

Tel. Privat (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Kontaktinformation für Notfälle** \_\_\_\_\_ **Beziehung zu dieser Person** \_\_\_\_\_

1. Telefon Nr. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Privat  Geschäft  Handy/Mobil

2. Telefon Nr. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Privat  Geschäft  Handy/Mobil

## MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

**An den/die Teilnehmer/in:** Bitte beantworte die folgenden Punkte zu deinem früheren oder momentanen Gesundheitszustand mit "Ja" oder mit "Nein". Solltest du einen der aufgeführten Punkte mit "Ja" beantworten, musst du dich **vor** der Teilnahme am Gerätetauchen von einem Arzt untersuchen lassen. Falls dies zutrifft, musst du zu einem Arzt mit Kenntnissen in Tauchmedizin gehen und dir ein ärztliches Attest ausstellen lassen.

- Ja  Nein Ich bin momentan erkältet (Nase zu).
- Ja  Nein Ich habe / hatte Probleme oder Erkrankungen der Atemwege.
- Ja  Nein Ich habe / hatte Asthma, Tuberkulose oder Emphyseme.
- Ja  Nein Ich habe momentan eine Ohrenentzündung.
- Ja  Nein Ich habe häufig Probleme, Erkrankungen oder Operationen an den Ohren.
- Ja  Nein Ich habe / hatte bereits eine Nebenhöhlenerkrankung.
- Ja  Nein Ich habe im Gebirge/im Flugzeug grosse Probleme, den Druck in den Ohren auszugleichen.
- Ja  Nein Ich bin Diabetiker.
- Ja  Nein Ich habe / hatte Herzerkrankungen (z.B. Kardiovaskuläre Erkrankungen, Angina Pectoris, Herzinfarkt).
- Ja  Nein Ich leide an Schwindel-, Ohnmachts- oder anderen Anfällen.
- Ja  Nein Ich leide an einer Funktionsstörung des Nervensystems.
- Ja  Nein Ich leide an Verhaltensstörungen oder mentalen / psychischen Störungen (Panikattacken, Platzangst).
- Ja  Nein Ich habe / hatte Rückenprobleme oder eine Rückgratverletzung.
- Ja  Nein Ich nehme momentan Medikament(e) ein, die eine Warnung enthalten, dass sie die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigen können (mit Ausnahme von Medikamenten zur Malariaprophylaxe).
- Ja  Nein Ich hatte kürzlich eine Erkrankung oder eine Operation.
- Ja  Nein Ich bin in ärztlicher Behandlung oder habe eine chronische Erkrankung.

## BUBBLEMAKER HAFTUNGSAUSSCHLUSS- UND RISIKOÜBERNAHME-ERKLÄRUNG

**Bitte vor Unterschrift sorgfältig lesen und die Leerstellen ausfüllen.**

Wir, \_\_\_\_\_ (Elternteil / Erziehungsberechtigte/r) und \_\_\_\_\_ (Kind / Teilnehmer), bestätigen hiermit, dass es uns bekannt ist und dass wir verstehen, dass es beim Schnorchel- und Gerätetauchen Gefahren gibt, die zu einer schweren Verletzung oder gar zum Tode führen können.

Wir verstehen, dass mit der Durchführung von Wasseraktivitäten in Schwimmbädern oder an Tauchplätzen im begrenzten Freiwasser bestimmte Risiken verbunden sind, und wir erklären ausdrücklich, das Risiko für besagte Verletzungen zu übernehmen.