

ERKLÄRUNG ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Tauchen ist eine aufregende und anspruchsvolle Aktivität. Bei korrektem Verhalten und Anwendung der richtigen Techniken, ist es ein relativ sicherer Sport. Wenn jedoch die bestehenden Sicherheitsregeln nicht befolgt werden, bestehen erhöhte Gefahren.

Um sicher zu tauchen, sollten Sie nicht extrem übergewichtig oder nicht in Form sein. Der Tauchsport kann unter bestimmten Umständen anstrengend sein. Ihre Atmung und Ihr Kreislauf müssen normal und gesund sein. Alle luftgefüllten Hohlräume im Körper müssen normal und gesund sein. Personen mit einer Herzerkrankung, einer akuten Erkältung, Magen-Darm-Problemen, Epilepsie oder anderen ernstesten gesundheitlichen Problemen oder die unter Einfluss von Alkohol, Medikamenten oder Betäubungsmitteln stehen, sollten nicht tauchen. Falls Sie unter Asthma, einer Herzerkrankung oder chronischen Erkrankungen leiden oder falls Sie regelmässig Medikamente einnehmen, sollten Sie vor dem Tauchen Ihren Arzt aufsuchen. Dies sollten Sie regelmässig tun. Sie sollten sich der wichtigen Sicherheitsregeln betreffend Atmung und Druckausgleich beim Tauchen bewusst sein. Die falsche Verwendung der Tauchausrüstung kann zu ernstesten Verletzungen führen.

Der nachfolgende medizinische Fragebogen dient dazu herauszufinden, ob Sie sich vor der Teilnahme an der Tauchsafari ärztlich untersuchen lassen sollen. **Eine mit „JA“ beantwortete Frage muss Sie nicht unbedingt vom Tauchsport ausschliessen. Eine mit „JA“ beantwortete Frage gibt Aufschluss über einen Zustand, der Ihre Sicherheit beim Tauchen beeinträchtigen könnte, und Sie müssen sich in diesem Fall vor der Teilnahme an Tauchaktivitäten ärztlich untersuchen - beraten lassen.**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem momentanen bzw. vergangenen Gesundheitszustand mit **JA** oder **NEIN**. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit **JA**. Falls eine Frage mit **JA** beantwortet wird, ist es erforderlich, dass Sie sich von einem **Arzt untersuchen lassen, bevor Sie an der Tauchsafari teilnehmen.**

- Könnte es sein, dass Sie schwanger sind, oder wünschen Sie sich eine Schwangerschaft?
- Nehmen Sie gegenwärtig verordnete Medikamente? (mit Ausnahme von Anti-Konzeptiva)
- Sind Sie älter als 45 Jahre und erfüllen Sie einen der folgenden Punkte?
 - Raucher/in von Pfeife, Zigarren oder Zigaretten
 - Sie haben einen erhöhten Cholesterin-Spiegel
 - Sie haben in der Familie Vorkommnisse von Herzinfarkt oder Schlaganfall
 - Sie befinden sich momentan in ärztlicher Behandlung
 - Sie haben einen erhöhten Blutdruck
 - Sie leiden an Diabetes Mellitus, auch wenn diese nur durch Diät unter Kontrolle ist
- Ohnmachtsanfälle (gänzlicher oder teilweiser Verlust des Bewusstseins)
- Häufige oder starke Reisekrankheit (Boot, Auto usw.)
- Ruhr oder Entwässerung mit notwendiger medizinischer Versorgung
- Irgendein Tauchunfall oder Dekompressions-Krankheit
- Unfähigkeit mässige Körperübungen zu erfüllen (z.B. 1,6 km in 12 Min. Gehen)
- Kopfverletzungen innerhalb der letzten 5 Jahre mit Bewusstseinsverlust
- Immer wieder auftretende Rückenbeschwerden
- Chirurgische Eingriffe im Bereich der Rückens oder der Wirbelsäule
- Diabetes
- Probleme an Rücken, Armen oder Beinen in Folge chirurgische Eingriffe, Verletzungen oder Brüchen
- Hoher Blutdruck oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des Blutdrucks
- Herzkrankheiten
- Herzinfarkte
- Angina pectoris, chirurgische Eingriffe an Herz oder Blutgefässen
- chirurgische Eingriffe an Nebenhöhlen
- Ohrenkrankheiten oder -operationen, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen
- Wiederholte Ohrprobleme
- Blutungen oder andere Blutprobleme
- Weichteilbrüche (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)
- Geschwüre oder operativ entfernte Geschwüre
- Künstlicher Darmausgang (Colostomie oder Ileostomie)
- Einnahme von sportlichen Aufbaupräparaten oder Behandlung wegen Alkoholproblemen in den letzten 5 Jahren

Ich _____ bestätige hiemit, dass ich den Text dieser Erklärung zum Gesundheitszustand gelesen habe und dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen erfolgten. Ich übernehme die Verantwortung für unterlassene Angaben zu meinem vergangenen oder gegenwärtigen Gesundheitszustand.

Unterschrift

Datum

Unterschrift der Eltern, Erziehungsberechtigten

Datum

**** Falls Sie eine der oben angeführten Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand mit JA beantwortet haben, fordern wir Sie auf Ihren Arzt um die Ausfüllung des „Tauglichkeitsnachweises für das Sporttauchen“ zu ersuchen ****

*** TAUGLICHKEITS - NACHWEIS FÜR DAS SPORTTAUCHEN ***

ARZT

Die unten angeführte Person möchte auf einer Tauchsafari teilnehmen.

Wie beurteilen Sie aus medizinischer Sicht die Tauchtauglichkeit?

Betreffenden Anweisungen sind auf www.padi.com/english/common/courses/forms/pdf/10063-ver2-0.pdf zu finden.

Vorname/Name _____ Geburtsdatum _____ Alter _____
Tag/Monat/Jahr

Beurteilung

(Entsprechendes ankreuzen):

- Aus medizinischer Sicht kann ich nichts feststellen, was ich mit dem Tauchen als unvereinbar erachte.
- Aus medizinischer Sicht kann ich diese Person nicht für den Tauchsport empfehlen.

Bemerkungen _____

_____ Datum _____
Tag/Monat/Jahr

Name (Arzt) _____ Krankenhaus _____

Adresse (Arzt) _____

Telefon (Arzt) _____ E-mail (Arzt) _____