

Anmeldung und Erklärung zum Gesundheitszustand

Name: Geb. Datum:

Vorname: Tel. P:

Adresse: Mobile:

PLZ / Ort: Email:

1. Kontaktperson für Notfälle: Name: Vorname:
Tel. P: Mobile:

Beziehung zu dieser Person:

2. Kontaktperson für Notfälle: Name: Vorname:
Tel. P: Mobile:

Beziehung zu dieser Person:

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

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 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. |
| ☐ | 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 hatte kürzlich eine Erkrankung oder eine Operation. |
| ☐ | Ja | ☐ | Nein | Ich bin in ärztlicher Behandlung oder habe eine chronische Erkrankung. |
| ☐ | Ja | ☐ | Nein | Ich nehme momentan Medikament(e) ein, die laut Packungsbeilage meine körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigen könnten (mit Ausnahme von Medikamenten zur Malariaprophylaxe). |

Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen erfolgten.

Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters:

- ☐ Ich möchte mehr erfahren über die Tauchschule Säuliamt und bestelle den Newsletter. Dieser kann jederzeit wieder abbestellt werden.

Ort und Datum: Unterschrift: