



Familienname _____

Vorname _____

M.I. _____

Straße _____

Geburtsdatum _____

Stadt _____

Land _____

PLZ _____

Tel. Privat _____

SSI TRY SCUBA MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Bitte vor dem Unterschreiben sorgfältig durchlesen

Der Zweck dieses medizinischen Fragebogens ist, herauszufinden, ob Sie vor Ihrer Tauchausbildung von einem Arzt untersucht werden müssen. Eine mit "JA" beantwortete Frage schließt Sie nicht unbedingt vom Tauchen aus. Sie bedeutet lediglich, dass es einen bestehenden medizinischen Zustand gibt, der die Sicherheit beim Tauchen beeinflussen kann, und Sie Ihren Arzt aufsuchen müssen, bevor Sie mit Tauchaktivitäten beginnen.

Tauchen ist eine aufregende und fordernde Aktivität. Bei korrektem Verhalten und Anwenden der richtigen Tauchtechniken ist es ein sehr sicherer Sport. Wenn jedoch die bestehenden Sicherheitsregeln nicht befolgt werden, treten Gefahren auf. Der Tauchsport kann in gewissen Situationen sehr anstrengend sein. Um sicher zu tauchen oder Freediving auszuüben, dürfen Sie nicht extrem übergewichtig oder untrainiert sein.

Um sicher tauchen zu können müssen Ihre Lunge, Atemwege, Nebenhöhlen und Ihr Kreislauf gesund sein. Das bedeutet das alle luftgefüllten Hohlräume des Körpers normal sein müssen. Eine Person mit Herzproblemen, Erkältung, Magen-Darm-Problemen, Epilepsie, Asthma oder anderen ernstzunehmenden gesundheitlichen Problemen, oder die unter dem Einfluss von Medikamenten, Betäubungsmittel oder Alkohol steht, sollte nicht tauchen. Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, konsultieren Sie vor der Kursteilnahme einen Arzt und Ihren Dive Professional. Wenn beim Ausfüllen dieses medizinischen Fragebogens, oder der Erklärung zum Gesundheitszustand Fragen auftreten, besprechen Sie diese mit Ihrem Instructor.

Sie werden während der Ausbildung von Ihrem Instructor die wichtigsten Sicherheitsregeln betreffend Atmung und Druckausgleich erlernen müssen. Falsche Verwendung der Ausrüstung kann zu ernststen Verletzungen führen. Deshalb müssen Sie unter direkter Überwachung und Betreuung eines qualifizierten Instructors den sicheren Gebrauch der Ausrüstung erlernen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem medizinischen Zustand mit einem JA oder einem NEIN. Sind Sie nicht sicher, antworten Sie mit JA. Trifft irgendeine Frage auf Sie zu, müssen wir darauf bestehen, dass Sie sich vor dem Tauchen ärztlich untersuchen lassen. Ihr Instructor wird Ihnen ein Formular 'Medizinische Erklärung und Richtlinien zur körperlichen, ärztlichen Untersuchung von Tauchern' mitgeben, dass Sie Ihrem Arzt aushändigen können.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Haben oder hatten Sie Operation an
and Ohren oder Nebenhöhlen?

<input type="checkbox"/> Leiden Sie gerade an einer Erkältung, Blockade der
Nebenhöhlen, Nebenhöhlenentzündung oder Bronchitis?

<input type="checkbox"/> Haben Sie im Moment Ohrenprobleme?

<input type="checkbox"/> Ohrenentzündung?

<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Ohren?

<input type="checkbox"/> Gehörverlust?

<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen?

<input type="checkbox"/> Hatten Sie in der Vergangenheit Probleme
mit der Atmung oder den Atemwegen?

<input type="checkbox"/> Schwerer Heuschnupfen?

<input type="checkbox"/> Allergien?

<input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> Haben oder hatten Sie jemals einen Pneumothorax
(kollabierte Lunge) oder Operationen im Brustbereich?

<input type="checkbox"/> Haben Sie Asthma oder hatten Sie ein
Emphysem oder Tuberkulose?

<input type="checkbox"/> Nehmen Sie im Moment Medikamente ein die zur
Beeinträchtigung ihrer geistigen und körperlichen
Leistungsfähigkeit führen, oder führen könnten?

<input type="checkbox"/> Haben Sie Verhaltensstörungen, mentale
oder psychologische Probleme oder
Erkrankungen des Nervensystems?

<input type="checkbox"/> Könnte es sein, dass Sie schwanger sind?

<input type="checkbox"/> Hatten Sie jemals einen Darmverschluss?

<input type="checkbox"/> Haben oder hatten Sie Herzkrankheiten? Herzinfarkt?

<input type="checkbox"/> Angina, Operation am Herzen oder an den Blutgefäßen? | <input type="checkbox"/> Haben oder hatten Sie Angina, Hohen Blutdruck
oder nehmen Sie Medikamente dagegen?

<input type="checkbox"/> Sind Sie älter als 45 und gab es in Ihrer Familie
Fälle von Herzinfarkt und/oder Schlaganfall?

<input type="checkbox"/> Leiden Sie unter Blutungen oder andere Blutstörungen?

<input type="checkbox"/> Haben Sie Diabetes?

<input type="checkbox"/> Leiden oder litten Sie jemals an Ohnmachtsanfällen
(totaler/teilweiser Verlust des Bewusstseins),
Epilepsie, Krämpfe, Zuckungen oder
nehmen Medikamente dagegen?

<input type="checkbox"/> Haben oder hatten Sie Probleme an Rücken, Armen
oder Beinen nach Operation, Verletzung oder Bruch?

<input type="checkbox"/> Hatten Sie jemals Platzangst und damit
verbundene Panikattacken, (Angst vor
geschlossenen oder freien Räumen)? |
|--|--|---|

Die von mir gemachten Angaben zu meinem medizinischen Zustand sind akkurat und nach bestem Wissen erfolgt. Ich übernehme die Verantwortung für lückenhafte oder unterlassene Angaben, falls ich versäumt haben sollte, vergangene oder gegenwärtige Gesundheitszustände zu erwähnen.

Unterschrift _____

Datum (TT/MM/JJ) _____

Unterschrift Elternteil/Erziehungsberechtigter _____

Datum (TT/MM/JJ) _____