



Schnuppertauchen – Teilnehmererklärung

IDEA bietet dir im Schwimmbad die Möglichkeit, das Tauchen mit Pressluft in Form eines Schnuppertauchganges unter fachlicher Begleitung zu erlernen und auszuführen.

Ich möchte hiermit teilnehmen. Meine persönlichen Daten lauten wie folgt:

Bitte vollständig und leserlich in Blockschrift ausfüllen.

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Plz: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Tel: _____ email: _____

Datum: _____

Begleitender Dive Master/ Instructor: _____

Mir ist bekannt, dass das Tauchen mit Pressluft mit Risiken verbunden ist. Bestimmte Krankheitsbilder schliessen das Tauchen definitiv aus.

Über meinen derzeitigen Gesundheitszustand mache ich folgende Angaben:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich bin momentan erkältet | <input type="checkbox"/> Ich habe/ hatte Asthma, Tuberkulose oder Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Ich nehme derzeit die Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigende Medikamente ein | <input type="checkbox"/> Ich habe Platzangst |
| <input type="checkbox"/> Ich nehme derzeit antiallergisch wirkende Medikamente ein | <input type="checkbox"/> Ich rauche 20 oder mehr Zigaretten pro Tag |
| <input type="checkbox"/> Ich trage Prothesen | <input type="checkbox"/> Bei Fahren in den Bergen/ Fliegen habe ich Probleme, den Druck in den Ohren auszugleichen |
| <input type="checkbox"/> Ich leide an Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Ich leide an einer Nervenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Ich bin Diabetiker | <input type="checkbox"/> Ich bin derzeit in ärztlicher Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Ich leide an Schwindel- Ohnmachts- oder Anderen Anfällen (Epilesie) | <input type="checkbox"/> Ich leide an einer chronischen Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Ich habe/ hatte eine Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Ich nehme Drogen |
| <input type="checkbox"/> Ich momentan eine Ohrenentzündung | <input type="checkbox"/> Ich habe/ hatte Schädelbasisverletzung |
| <input type="checkbox"/> Ich leide unter Nebenhöhlenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ich leide an Erkrankungen des Bewegungsapparates |
| <input type="checkbox"/> Ich musste mich in den letzten 4 Monaten einer Operation unterziehen | <input type="checkbox"/> Ich neige zu Panikreaktionen |
| <input type="checkbox"/> Ich habe/ hatte eine Trommelfellerkrankung | <input type="checkbox"/> Ich bin schwanger |

Keine der oben erwähnten Aussagen trifft zu!



Ich bin darüber informiert, daß ich am Schnuppertauchen nur teilnehmen darf, wenn keine der vorstehenden aussagen über meinen Gesundheitszustand zutrifft.

Mir ist bekannt, daß die gesundheitlichen Risikofaktoren in der vorstehenden Auflistung nicht abschließend aufgezählt sind. Das verbleibende medizinische Risiko trage ich selbst.

Ich wurde über die Risiken und Gefahren. Die der Tauchsport bietet umfassend informiert und habe diese verstanden.

Haftverzichtserklärung

Meine Teilnahme am Schnuppertauchgang erfolgt auf eigene Gefahr und Risiko!

Ich verzichte hiermit ausdrücklich gegenüber meinen Tauchgangsbegleitern wie auch gegenüber IDEA sowie dessen Repräsentanten und Hilfspersonal auf sämtliche Ansprüche – gleich welcher Art – aus Schadensfällen, die im Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Schnuppertauchgang eintreten, es sei denn, die vorstehend genannte Personen handeln vorsätzlich oder grob fahrlässig. Die Haftung für leichtere Fahrlässigkeit ist ausgeschlossen.

Der Verzicht gilt für Verletzungen aller Art. Ich übernehme damit sämtlich mit dem Schnuppertauchen zusammenhängende Risiken für jegliche Schäden, jegliche Verletzungen oder Folgeschäden, die ich aufgrund meiner Teilnahme am Schnuppertauchen erleiden könnte – unabhängig davon, ob sie vorhersehbar sind oder nicht – soweit sie nicht auf ein vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten eines dritten zurückzuführen sind.

Ich habe mich über den Inhalt dieses Haftverzichts vollständig informiert, indem ich diesen gelesen habe, bevor ich meine Unterschrift leiste.

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers

Unterschrift Eltern/ Erziehungsberechtigter