



Seal Team Erklärung

Teilnehmerinformationen

(vertraulich)

BITTE DRUCKSCHRIFT

Vorname _____ Name _____

Strasse _____

Land _____ PLZ _____ Stadt _____

Tel. Privat (_____) _____ Tel. Geschäft (_____) _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht M F e-Mail _____
(Tag/Monat/Jahr)

Kontaktinformation für Notfälle _____ Beziehung zu dieser Person _____

1. Telefon Nr. (_____) _____ Privat Geschäft Handy/Mobil

2. Telefon Nr. (_____) _____ Privat Geschäft Handy/Mobil

ANGABEN ÜBER DEN GESUNDHEITZUSTAND DES/R TEILNEHMERS/IN

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 Malariaphylaxe).
- Ja Nein Ich hatte kürzlich eine Erkrankung oder eine Operation.
- Ja Nein Ich bin in ärztlicher Behandlung oder habe eine chronische Erkrankung.

PADI SEAL TEAM HAFTUNGS-AUSSCHLUSS- 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 Tauchaktivitäten in Schwimmbädern oder an Tauchplätzen im begrenzten Freiwasser bestimmte Risiken verbunden sind und erklären ausdrücklich, die Risiken für besagte Verletzungen zu übernehmen.