



# Tauchclub Dresden-Mitte e.V.

## Anmeldung zum Probetraining

Hiermit melde ich mich bzw. mein / unser Kind

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

E-Mail

zum kostenlosen Probetraining beim Tauchclub Dresden-Mitte e.V. (TCDM) an.  
 Nach dreimaliger Teilnahme und weiterem Interesse am Training ist die Mitgliedschaft im TCDM erforderlich.  
 Zum Training des TCDM gehören, je nach Voraussetzungen auch Übungen mit Drucklufttauchgeräten. Mir / uns ist bekannt, dass das Flossenschwimmen und das Tauchen mit Druckluft mit Risiken verbunden ist. Bestimmte Krankheitsbilder schließen das Flossenschwimmen und das Tauchen definitiv aus. Über meinen derzeitigen Gesundheitszustand bzw. den meines / unseres Kindes mache(n) ich / wir folgende Angaben: (Beantwortung bitte mit Ja oder Nein!)

### Ich bzw. mein / unser Kind:

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| bin / ist momentan erkältet (Nase zu)   |  | bin / ist Diabetiker  |  |
| nehme / nimmt derzeit die Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigende Medikamente ein                               |  | muss / musste mich / sich in den letzten vier Monaten einer Operation unterziehen |  |
| leide / leidet an Atemwegserkrankungen  |  | leide / leidet an einer Nervenerkrankung  |  |
| habe / hat / hatte Asthma, Tuberkulose oder Bronchitis  |  | leide / leidet an einer chronischen Krankheit                                     |  |
| leide / leidet an Schwindel-, Ohnmacht-, Krampf- oder anderen Anfällen (Epilepsie o.ä.)                         |  | Ich / mein Kind habe / hatte Schädelbasisverletzungen                             |  |
| habe / hat / hatte eine Herzerkrankung  |  | Ich / mein Kind leide / leidet an Erkrankungen des Bewegungsapparates             |  |
| habe / hat momentan eine Ohrenentzündung  |  | trage / trägt Prothesen   |  |
| habe / hat / hatte eine Trommelfellerkrankung   |  | Ich / mein Kind neige / neigt zu Panikreaktionen und/oder habe / hat Platzangst   |  |
| beim Fahren in die Berge / beim Fliegen habe ich / hat mein Kind Probleme, den Druck in den Ohren auszugleichen |  | bin / ist derzeit in ärztlicher Behandlung  |  |
| leide / leidet unter Nebenhöhlenerkrankungen  |  | rauche / raucht (20 oder mehr Zigaretten/Tag)                                     |  |
| bin schwanger   |  | Nehme / nimmt Drogen  |  |

Ich bin / Wir sind darüber informiert, dass ich bzw. mein/unser Kind nur am Probetraining teilnehmen kann, wenn keine der vorstehenden Aussagen zutrifft. Mir / uns ist bekannt, dass die gesundheitlichen Risikofaktoren in der vorstehenden Auflistung nicht abschließend aufgezählt sind. Das verbleibende medizinische Restrisiko trage ich / tragen wir selbst.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer bzw. Erziehungsberechtigte