



## 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 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 sind. 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:

Ich bzw. mein/unser Kind:

**(Beantwortung bitte mit Ja (J) oder Nein (N)!)**

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