



Anmeldung zum Schnuppertauchen

Hiermit melde ich mich, bzw. mein / unser Kind

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

zum Schnuppertauchen beim Tauchclub Dresden-Mitte e.V. (TCDM) an.

Bei weiterem Interesse am Tauchen ist die Mitgliedschaft im TCDM erforderlich.

Schnuppertauchen erfolgt mit Drucklufttauchgeräten. Mir / uns ist bekannt, dass das Tauchen mit Druckluft mit Risiken verbunden ist. Bestimmte Krankheitsbilder schließen 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 Schnuppertauchen 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