



## Schnuppertauchen - Teilnehmererklärung

(Bitte ausgefüllt bei der Ausbildung archivieren)

Der Tauchclub Amphiprion e.V. bietet heute die Möglichkeit das Tauchen mit Pressluft in Form eines

### **Schnuppertauchgangs**

unter fachlicher Begleitung kennen zu lernen und auszuüben. Ich möchte hieran teilnehmen. Meine persönlichen Daten lauten wie folgt:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

**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 die folgenden wahrheitsgemäßen Angaben:**

**(Zutreffende Aussage bitte ankreuzen)**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ich bin momentan erkältet (Nase zu)</li><li><input type="checkbox"/> Ich nehme derzeit die Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigende Medikamente ein</li><li><input type="checkbox"/> Ich trage Prothesen</li><li><input type="checkbox"/> Ich leide an Atemwegserkrankungen</li><li><input type="checkbox"/> Ich bin Diabetiker</li><li><input type="checkbox"/> Ich leide an Schwindel-, Ohnmacht- oder anderen Anfällen (Epilepsie u.a.)</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe/hatte eine Herzerkrankung</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe momentan eine Ohrenentzündung</li><li><input type="checkbox"/> Ich leide unter Nebenhöhlenerkrankungen</li><li><input type="checkbox"/> Ich musste mich in den letzten vier Monaten einer Operation unterziehen</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe/hatte eine Trommelfellerkrankung</li><li><input type="checkbox"/> Ich bin schwanger</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ich habe/hatte Asthma, Tuberkulose oder Bronchitis</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe Platzangst</li><li><input type="checkbox"/> Ich rauche 20 oder mehr Zigaretten/Tag</li><li><input type="checkbox"/> Beim Fahren in die Berge / beim Fliegen habe ich Probleme, den Druck in den Ohren auszugleichen</li><li><input type="checkbox"/> Ich leide an einer Nervenerkrankung</li><li><input type="checkbox"/> Ich bin derzeit in ärztlicher Behandlung</li><li><input type="checkbox"/> Ich leide an einer chronischen Krankheit</li><li><input type="checkbox"/> Ich nehme Drogen</li><li><input type="checkbox"/> Ich habe/hatte Schädelbasisverletzungen</li><li><input type="checkbox"/> Ich leide an Erkrankungen des Bewegungsapparates</li><li><input type="checkbox"/> Ich neige zu Panikreaktionen</li></ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**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.**

Der Verband Deutscher Sporttaucher e.V. (VDST) empfiehlt, die "Schnuppertauchgänge" von einem lizenzierten Tauchausbilder, d.h. Tauchlehrer oder Übungsleiter mit dem deutschen Tauchsportabzeichen (DTSA) Gold, oder von einem anderen persönlich geeigneten und qualifizierten Taucher im Schwimmbad oder im Freiwasser bei schwimmbadähnlichen Verhältnissen vornehmen zu lassen.

Es sollte eine Flachwasserzone vorhanden sein, die es dem Teilnehmer erlaubt, im Wasser stehen zu können.

Der VDST empfiehlt für die Durchführung des Schnuppertauchgangs mit Drucklufttauchgerät (DTG)-Ausrüstung die maximale Tiefe von 5 Metern und maximale Dauer von ca. 15 Minuten einzuhalten. Es sollte auf einen Teilnehmer ein Ausbilder kommen.

Der Schnuppertaucher soll eine ordnungsgemäße Einweisung in sämtliches, für den Schnuppertauchgang erforderliche, Material sowie eine lückenlose Vorbereitung (z.B. frühzeitig richtige Durchführung des Druckausgleiches insbesondere ausatmen bei Auftauchbewegung) erhalten.

Der Tauchclub Amphiprion e.V. Sindelfingen hat für die Schnuppertaucher, die kein Vereinsmitglied sind, über den VDST eine Versicherung abgeschlossen.

**Ich habe mich über die oben genannten Inhalte vollständig informiert, indem ich diese gelesen habe, bevor ich meine Unterschrift leiste.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Teilnehmer

---

Unterschriften der Sorgeberechtigten / Eltern (**beide Elternteile**)