

Schnuppertauchen

Erklärung

Der TC Aqua. bietet für Sie oder Ihr Kind im Hallenbad Hohensachsen, Lessingstrasse die Möglichkeit, das Tauchen mit und ohne Pressluft in Form eines Schnuppertauchgangs unter fachlicher Begleitung kennen zu lernen und auszuüben.
Die persönlichen Daten lauten wie folgt:

Bitte lesbar ausfüllen

Name des Tauchers
Name, Vorname _____

Vollständige Adresse _____

Geburtsdatum _____

Telefon-Nr. der Erziehungsberechtigten für diesen Tag _____

Mir ist bekannt, dass das Tauchen mit Pressluft mit Risiken verbunden ist. Bestimmte Krankheitsbilder schließen das Tauchen definitiv aus. Über den derzeitigen Gesundheitszustand von mir oder meines Kindes mache ich folgende Angaben:

Richtige Aussagen bitte ankreuzen

Mein Kind

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ist zur Zeit erkältet / Nase zu | <input type="checkbox"/> Hat momentan eine Ohrenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Nimmt zur Zeit Medikamente ein, die die Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigen | <input type="checkbox"/> Leidet unter Nebenhöhlenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Trägt Prothesen | <input type="checkbox"/> Hat oder hatte eine Trommelfellerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Leidet an Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Hat oder hatte Asthma |
| <input type="checkbox"/> Ist Diabetiker | <input type="checkbox"/> Hat Platzangst |
| <input type="checkbox"/> Leidet an Schwindel, Ohnmachts- oder anderen Anfällen | <input type="checkbox"/> Leidet an Nervenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Hat eine Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Hat chronische Erkrankungen |
| | <input type="checkbox"/> Hatte oder hat eine Schädelbasisverletzung |
| | <input type="checkbox"/> Neigt zu Panikreaktionen |

Ich bin darüber informiert, dass ich oder mein Kind nur dann am Schnuppertauchen teilnehmen darf, wenn keine der vorstehenden Aussagen über meinen oder seinen Gesundheitszustand zutrifft.

Mir ist bekannt, dass die gesundheitlichen Risiken in der vorstehenden Auflistung nicht abschließend aufgezählt sind. Das verbleibende medizinische Risiko für mich oder mein Kind trage ich selbst.

Ort / Datum _____

Unterschrift /Erziehungsberechtigter _____