

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND



Die nachfolgenden Fragen dienen dazu herauszufinden, ob eine ärztliche Untersuchung vor der Teilnahme an jeglicher Art des Tauchens angezeigt ist. Eine mit JA beantwortete Frage muss Sie nicht unbedingt vom Tauchsport ausschließen. Eine mit JA beantwortete Frage gibt lediglich Aufschluss über einen Zustand, der Ihre Sicherheit beim Tauchen beeinträchtigen kann, und Sie müssen sich tauchsportärztlich untersuchen lassen bevor sie an jeglichen Aktivitäten im Wasser teilnehmen können.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen betreffend Ihres Gesundheitszustandes. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit JA. Falls eine Frage mit JA beantwortet wird, ist es erforderlich, dass Sie sich bei einem Arzt untersuchen und beraten lassen, bevor Sie am Tauchsport teilnehmen können.

	Ja	Nein
Könnte es sein, dass Sie schwanger sind, oder wünschen Sie eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig verordnete oder nicht verordnete Medikamente (Ausnahme Anti-Konzeptiva)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie älter als 45 Jahre, und erfüllen Sie einen der folgenden genannten Punkte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie sind Raucher von Pfeife, Zigarren oder Zigaretten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie haben einen erhöhten Cholesterinspiegel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie haben in Ihrer Familie Vorkommnisse von Herz- oder Schlaganfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie befinden sich zurzeit in Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie haben Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie sind Diabetiker? (auch wenn diese allein durch Ernährung kontrolliert werden kann)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in der Vergangenheit eine der nachfolgend aufgeführten Krankheiten oder leiden sie momentan an ...		
Asthma, pfeifende Atmung bei Anstrengung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufig oder ernste Anfälle von Heuschnupfen oder Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufig Erkältung oder Bronchitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Form von Lungenkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumothorax (kollabierte Lunge)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Krankheiten oder Operationen im Brustbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltensstörungen, mentale oder psychologische Probleme (Panikattacken, Angst vor geschlossenen oder freien Räumen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie, Krämpfe, Zuckungen oder nehmen Medikamente dagegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiederkehrende komplizierte Migräne oder nehmen Medikamente dagegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle (totaler/teilweiser Verlust des Bewusstseins)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiges oder ernsthaftes Leiden an Seekrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhr oder Dehydratation, die medizinische Behandlung erforderte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen Tauchunfall oder Dekompressionskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfähigkeit zu moderater Anstrengung (Beispiel: die Distanz von 1.6 km in 12 min zu Fuß zurückzulegen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust in den letzten fünf Jahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiederkehrende Rückenprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme an Rücken, Armen oder Beinen nach Operation,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verletzung oder Bruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohen Blutdruck oder nehmen Sie Medikamente dagegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina, Operation am Herzen oder an den Blutgefäßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinus Operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrkrankheiten oder Operation, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiederkehrende Ohrprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungen oder andere Blutstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistenbruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magengeschwüre oder eine Operation wegen Geschwüren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmprobleme oder Darmverschluss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen-/Medikamentenmissbrauch und Behandlung darauf, z.B. Alkoholismus in den letzten fünf Jahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die von mir gemachten Angaben zu meinem medizinischen Zustand sind akkurat und nach bestem Wissen erfolgt. Ich verstehe, dass fehlende oder falsche Angaben zu bestehenden oder vergangenen Gesundheitszuständen zu schweren Verletzungen und Tod führen können. Ich übernehme die Verantwortung für lückenhafte oder unterlassene Angaben, falls ich versäumt haben sollte, vergangene oder gegenwärtige Gesundheitszustände zu erwähnen. Über meine Rechte nach der Datenschutzgrundverordnung wurde ich unterrichtet. Ich entbinde die YNEEP GmbH (Diver's Indoor) von der Pflicht zur Ergreifung von Maßnahmen der Zutritts-, Zugangs- und Zugriffskontrolle bezüglich der obigen Angaben in Papierform.

Unterschrift	Datum	Sorgeberechtigter	Datum
--------------	-------	-------------------	-------