

Liebe Teilnehmer an unseren Unterwassershootings,

bitte lesen Sie sich diesen Fragebogen genau durch und beantworten Sie ihn bitte ehrlich. Es handelt sich dabei um den Standard-Fragebogen, den Tauchschulen für ihre Kurse verwenden. Das heißt, daß eine mit „ja“ beantwortete Frage nicht notwendigerweise bedeutet, daß Sie nicht am Fotoshooting teilnehmen können. Trotzdem sollten wir in diesem Fall miteinander sprechen, damit alle ein gutes Gefühl und Spaß am gemeinsamen Fotoshooting haben können.

Vielen Dank!

### TEILNEHMER-INFORMATION (vertraulich)

Bitte vor dem Unterschreiben genau durchlesen.

#### Medizinischer Fragebogen für Taucher

**Für den Teilnehmer:** Der nachfolgende medizinische Fragebogen dient dazu herauszufinden, ob Sie sich vor der Teilnahme an der Tauchausbildung ärztlich untersuchen lassen sollten. Eine mit "JA" beantwortete Frage muss Sie nicht unbedingt vom Tauchsport ausschliessen. Eine mit "JA" beantwortete Frage gibt Aufschluss über einen Zustand, der Ihre Sicherheit beim Tauchen beeinträchtigen könnte, und Sie müssen sich in diesem Fall vor der Teilnahme an Tauchaktivitäten ärztlich untersuchen/beraten lassen.

\_\_\_\_\_ Nehmen Sie gegenwärtig verordnete Medikamente? (mit Ausnahme von Anti-Konzeptiva oder Malaria-Prophylaxe)

**Hatten Sie in der Vergangenheit oder leiden Sie momentan an einer der nachfolgenden Krankheiten?**

\_\_\_\_\_ Asthma, Atembeschwerden, oder Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung

\_\_\_\_\_ häufige oder ernste Anfälle von Heuschnupfen bzw. Allergien

\_\_\_\_\_ häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis

\_\_\_\_\_ irgendeine Form einer Lungenerkrankung

\_\_\_\_\_ Pneumothorax

\_\_\_\_\_ Erkrankungen oder chirurgische Eingriffe im Bereich des Brustkorbes

\_\_\_\_\_ körperliche oder psychische Probleme in Form von Panik, Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen

\_\_\_\_\_ Epilepsie, Anfälle, Krämpfe, oder nehmen Sie Medikamente dagegen

\_\_\_\_\_ wiederholt auftretende massive migräneartige Kopfschmerzen, oder nehmen Sie Medikamente dagegen

\_\_\_\_\_ Ohnmachtsanfälle (gänzlicher oder teilweiser Verlust des Bewusstseins)

\_\_\_\_\_ Kopfverletzungen innerhalb der letzten 5 Jahre mit Bewusstseinsverlust

\_\_\_\_\_ hoher Blutdruck oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des Blutdrucks

\_\_\_\_\_ Herzkrankheiten

\_\_\_\_\_ Herzinfarkte (Infarkte)

\_\_\_\_\_ Angina pectoris, chirurgische Eingriffe an Herz oder Blutgefässen

\_\_\_\_\_ chirurgische Eingriffe an Nebenhöhlen

\_\_\_\_\_ Ohrenkrankheiten oder -operationen, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen

\_\_\_\_\_ wiederholte Ohrprobleme

**Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen erfolgten. Ich übernehme die Verantwortung für unterlassene Angaben zu meinem vergangenen oder gegenwärtigen Gesundheitszustand.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern, Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum