

IVAN'S DIVE TEAM

Tauchshop Tauchschule Tauchreisen



Jürgen Janning

Stadtweg 63

49086 Osnabrück

Fon: (0541) 38 80 02

www.ivans-dive-team.de
shop@ivans-dive-team.de

Anmeldung zum Scuba-Update

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

geb. am: _____ Tel: _____

E-Mail: _____

Angaben über den Gesundheitszustand des/r Teilnehmers/in

Ich bestätige, den Fragebogen zum Medizincheck erhalten und korrekt ausgefüllt zu haben.

Mir ist bekannt, dass eine Teilnahme durch die Tauchschule IVAN'S DIVE TEAM abgelehnt werden kann und wird, wenn ich die medizinischen Voraussetzungen nicht erfülle bzw. diese vom Arzt nicht bescheinigt wurde.

Angaben über benötigtes Leihequipment des/r Teilnehmers/in

Ich benötige folgendes Leihequipment (kostenfrei):

Meine Körperdaten sind: Größe _____ cm; Gewicht _____ kg; Schuhgröße _____
(Falls zutreffend, informieren Sie uns bitte spätestens 24 Stunden vor Kursbeginn darüber)

1. Ich verstehe, dass das Ziel des Auffrischkurses (Scuba Update) darin besteht, mir eine sichere Auffrischung meiner bereits erlernten und zertifizierten Fähigkeiten und Fertigkeiten des Gerätetauchen in einem Schwimmbad zu bieten.
2. Ich verzichte hiermit ausdrücklich gegenüber der Tauchschule IVAN'S DIVE TEAM sowie gegenüber dessen Repräsentanten, Vertreter und Hilfspersonen auf sämtliche Ansprüche - gleich welcher Art - aus Schadensfällen, die im Zusammenhang mit dem Trainings-, Tauch-, Veranstaltungs- und Tauchausbildungsbetrieb eintreten, es sei denn, die vorstehend genannten Personen bzw. die Tauchschule IVAN'S DIVE TEAM handeln mir gegenüber vorsätzlich oder grob fahrlässig. Die Haftung für leichte Fahrlässigkeit ist ausgeschlossen.
3. Der Verzicht gilt für Schäden, Verletzungen und Nachteile aller Art, gleich, aus welchem Rechtsgrund Ansprüche gestellt werden können. Er erstreckt sich gleichzeitig auf solche Personen und Stellen (z.B. Versicherungen u.a.), die aus meinem Unfall selbständig eigene oder übergegangene Ansprüche herleiten können.
4. Die nachfolgend aufgeführten Vertragsbedingungen erkenne ich mit meiner Unterschrift an. Mit der Anmeldung zum Scuba-Update gehe ich einen rechtsverbindlichen Vertrag mit der Fa. IVAN'S DIVE TEAM ein.

Datum, Unterschrift (Erziehungsberechtigter)

Datum, Unterschrift (Teilnehmer/in)



Ivan's Dive Team



ivans_dive_team



+49 541 38 80 16

Vertragsbedingungen

Abschluss

1.1 Mit der Anmeldung zum Tauchkurs bei der Fa. IVAN'S DIVE TEAM - Jürgen Janning (im nachfolgenden Veranstalter genannt) bietet der Teilnehmer den Abschluss eines Ausbildungsvertrages verbindlich an. Durch die schriftliche Bestätigung seitens Ivan's Dive Team entsteht ein rechtsgültiger Vertrag.

Zahlungsbedingungen

2.1 Die Kursgebühr wird spätestens fünf (5) Werktage vor dem geplanten Kursabend bar oder per Überweisung gezahlt. An dem Kursabend sind somit keine Kursgebühren an Ivan's Dive Team zu entrichten.

Zusatzleistungen

3.1 Zusatzleistungen während des Kurses, die nicht in der Ausschreibung aufgeführt wurden, sind kein Bestandteil des Vertrages. Die obliegen weder der Pflicht des Veranstalters noch wird dafür eine Haftung übernommen.

Mindestteilnehmerzahl

4.1 Der Veranstalter ist berechtigt, den ausgeschriebenen Kurs abzusagen, wenn die Mindestteilnehmerzahl nicht erreicht worden ist. Die Absage muss dem Teilnehmer spätestens am 5. Tag vor dem vertraglich vereinbarten Kursbeginn zu gehen.

Kursbedingungen

- 5.1 Der Kursleiter ist berechtigt, Entscheidungen hinsichtlich Anfangs- und Endzeit des Kurses nach Bedarf festzulegen. Der Kursleiter ist im Bedarfsfall berechtigt, kurzfristig einen Vertreter einzusetzen.
- 5.2 Für die Präsentation der Inhalte ist der Kursleiter zuständig.
- 5.3 Der Kursleiter ist berechtigt, Personen, die den Kurs stören oder behindern, bzw. den Kursanforderungen nicht genügen, vom Kurs auszuschließen. Es besteht hierbei kein Recht auf Rückzahlung der Kursgebühr.
- 5.4 Nachteile aus nicht rechtzeitigem Erscheinen hat der Kursteilnehmer selbst zu verantworten.
- 5.5 Die Kursteilnehmer werden angehalten, eine persönliche Versicherung zur Abdeckung von Gesundheitsschäden bzw. Materialverlusten abzuschließen. Es besteht seitens des Veranstalters keine Haftung. Wir weisen hierbei besonders auf den Transport und die Lagerung von Ausrüstungs- und Wertgegenständen hin.
- 5.6 Der Kursleiter ist berechtigt, die Inhalte des Kurses zu ändern, falls ein Dozent ausfällt oder geplante Räumlichkeiten nicht zur Verfügung stehen, die nicht unter der Verwaltung des Veranstalters stehen.

Rücktritt des Teilnehmers

- 6.1 Der Teilnehmer kann jederzeit von dem Kurs zurücktreten.
- 6.2 Tritt der Teilnehmer vom Kursvertrag zurück, kann der Veranstalter einen Ersatz für die getroffenen Lehrgangsvorkehrungen und Aufwendungen verlangen.
- 6.3 Bei Nichterscheinen oder Stornierung ab drei (3) Tage vor Kursbeginn ist die komplette Kursgebühr zu zahlen bzw. insofern schon gezahlt behält der Veranstalter diese ersatzlos ein und Gutscheine verlieren Ihre Gültigkeit.

Haftungsbegrenzung

- 7.1 Der Teilnehmer verzichtet hiermit ausdrücklich gegenüber der Tauchschule IVAN'S DIVE TEAM sowie gegenüber dessen Repräsentanten, Vertretern und Hilfspersonen auf sämtliche Ansprüche - gleich welcher Art - aus Schadensfällen, die im Zusammenhang mit dem Trainings-, Tauch-, Veranstaltungs- und Tauchausbildungsbetrieb eintreten, es sei denn, die vorstehend genannten Personen bzw. die Tauchschule IVAN'S DIVE TEAM handeln ihm gegenüber vorsätzlich oder grob fahrlässig. Die Haftung für leichte Fahrlässigkeit ist ausgeschlossen.
- 7.2 Der Verzicht gilt für Schäden, Verletzungen und Nachteile aller Art, gleich, aus welchem Rechtsgrund Ansprüche gestellt werden können. Er erstreckt sich gleichzeitig auf solche Personen und Stellen (z.B. Versicherungen u.a.), die aus einem evtl. Unfall selbständig eigene oder übergegangene Ansprüche herleiten können.

Salvatorische Klausel

8.1 Die Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen hat nicht die Unwirksamkeit des gesamten Vertrages zur Folge.

Allgemeines

- 9.1 Mündliche Absprachen sind nur wirksam, wenn sie vom Veranstalter schriftlich bestätigt worden sind.
- 9.2 Alle personenbezogenen Daten, die dem Veranstalter zur Verfügung gestellt werden, sind gemäß Bundesgesetz gegen missbräuchliche Verwendung geschützt.
- 9.3 Bei rechtlichen Auseinandersetzungen gilt Osnabrück als Gerichtsstand vereinbart.



Merkblatt für Scuba-Update



Wir freuen uns darauf, zusammen mit Dir einen tollen und interessanten Abend im Sport- und Freizeitbad **H2O** in Herford zu verbringen.

Durch die Anmeldung zum Auffrischkurs im H2O hast Du bereits den ersten Schritt getan, um Dein bisher erlerntes Wissen zu vertiefen oder aufzufrischen. Es ist schon ein Erlebnis der besonderen Art, selbst "nur im Schwimmbad" die Faszination von Ruhe und Schwerelosigkeit hautnah zu erleben.

Basierend auf unserer jahrelangen Erfahrung verstehen wir es, Dir auf sichere Art und Weise Deine Fähig- und Fertigkeiten beim Sporttauchen neu aufleben zu lassen und ggf. zu ergänzen.

Durch dieses Merkblatt erhältst Du bereits im Vorfeld die wichtigen Informationen und Tipps, die zum Gelingen des Abends beitragen werden.

Gesundheitlich solltest Du generell „fit“ sein - chronische Erkrankungen der Atemwege bzw. der Ohren führen zu einer Tauchuntauglichkeit. Bei einer momentanen starken Erkältung solltest Du uns vorher kontaktieren, so dass wir gegebenenfalls den Termin verschieben können. Vorheriger Alkoholenuss oder Medikamenteneinnahme kann von uns nicht toleriert werden.

Anbei findest Du die "**Anmeldung Scuba-Update**". Diese bringe bitte bereits ausgefüllt zum Kursabend mit. Deine Daten und Angaben werden wir gemäß Datenschutzgesetz vertraulich behandeln.

Wir treffen uns am vereinbarten Kurstermin an der großen gläsernen Doppeltür des H2O (unterhalb des gut zu erkennenden Edelstahlschornsteins nahe der Parkplatzauffahrt). Die jeweils aktuellen Kurszeiten findest Du auf unserer Website oder erfährst diese persönlich von uns.

Am H2O wird sich unser Tauchlehrer kurz vorstellen und Dir einen Überblick des Abends geben.

Bitte beachte, dass die Kursgebühr im Vorfeld zu zahlen ist. Gutscheine des H2O Herford können zurzeit leider nicht eingelöst werden.

Jeder Teilnehmer benötigt lediglich übliche Badekleidung, Badeschlappen etc. Ein großes Badetuch oder ein Bademantel für „nachher“ ist sehr angenehm. Falls Du bereits eigene Ausrüstungsgegenstände besitzt, bringe diese gerne mit. Ansonsten sage uns bitte min. 24 Stunden vor Kursbeginn, was wir Dir außer Flasche und Blei mitbringen sollen.

Du wirst an dem Abend als eigenständiger Taucher handeln - d.h. wir starten damit, dass Du Dein eigenes Tauchgerät zusammenbaust. Danach wählst Du den passenden Einstieg ins Wasser und wir tauchen uns erst mal ein. Im Vorfeld besprechen wir auf was Du Deinen Fokus am Kursabend legst und unser Tauchlehrer wird daraufhin die passenden Übungen mit Dir durchführen.

Im Bad ist mit einer Wassertiefe ab ca. 1,40 m das Wasser ausreichend tief für die ersten Tauchversuche und dabei trotzdem so sicher, dass wir jederzeit auftauchen können. Im Sportschwimmbekken haben wir, in einer Wassertiefe von 2,00 - 3,80 m, Gelegenheit, das "**schwerelose Schweben**" unter Wasser weiter zu fokussieren.

Unser Tauchlehrer steht gerne für Informationen über unsere Tauchkurse und sonstigen Tauchaktivitäten sowie unsere begleiteten oder auch "nur vermittelten" Tauchreisen zur Verfügung.

Falls Du jetzt noch Fragen hast, zögere nicht und kontaktiere uns.

Du kannst uns persönlich dienstags bis freitags von 15:00 - 18:30 Uhr und samstags von 10:00 - 14:00 Uhr erreichen.

IVAN'S DIVE TEAM - Jürgen Janning (staatlich anerkannter Tauchlehrer)



Ivan's Dive Team



ivans_dive_team



+49 541 38 80 16



Taucher Medizincheck | Kandidaten-Fragebogen

Sporttauchen und Freitauchen erfordert eine gute körperliche und geistige Gesundheit. Es gibt einige wenige medizinische Bedingungen, die beim Tauchen ein Risiko darstellen können und unten aufgeführt sind. Personen, die an einer dieser Erkrankungen leiden oder dafür prädisponiert sind, sollten von einem Arzt untersucht werden. Dieser medizinische Teilnehmer-Fragebogen für Taucher bietet die Grundlage für die Entscheidung, ob Sie sich um diese Untersuchung bemühen sollten. Wenn Sie Bedenken bezüglich Ihrer Tauchtauglichkeit haben, die sich nicht aus diesem Formular erschließen, sollten Sie sich vor dem Tauchen mit Ihrem Arzt beraten. Wenn Sie sich krank fühlen, vermeiden Sie das Tauchen. Wenn Sie glauben, dass Sie möglicherweise an einer ansteckenden Krankheit leiden, schützen Sie sich und andere, indem Sie nicht an der Tauchausbildung und/oder an Tauchaktivitäten teilnehmen. Bezugnahmen auf "Tauchen" auf diesem Formular umfassen sowohl Sporttauchen als auch Freitauchen. Es ist in erster Linie als Screening im Sinne einer medizinischen Voruntersuchung für Tauchanfänger gedacht, eignet sich aber auch für Taucher, die eine fortgeschrittene Ausbildung absolvieren. Beantworten Sie zu Ihrer Sicherheit und der Sicherheit anderer, die mit Ihnen tauchen, alle Fragen ehrlich.

Anleitung

Füllen Sie diesen Fragebogen als Voraussetzung für einen Sporttauch- oder Freitauch-Kurs aus.

Hinweis für Frauen: Wenn Sie schwanger sind oder versuchen, schwanger zu werden, tauchen Sie nicht.

1	Ich hatte Probleme mit meinen Lungen, Atmung, Herz und/oder Blut mit Beeinträchtigung meiner normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit	Ja <input type="checkbox"/> Kasten A	Nein <input type="checkbox"/>
2	Ich bin über 45 Jahre alt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten B	Nein <input type="checkbox"/>
3	Ich habe Mühe, mich mäßig zu bewegen (z.B. 1,6 Kilometer/eine Meile in 14 Minuten laufen oder 200 Meter/Yard schwimmen, ohne mich auszurufen) ODER ich war in den letzten 12 Monaten aus Fitness- oder Gesundheitsgründen nicht in der Lage, an einer normalen körperlichen Aktivität teilzunehmen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
4	Ich habe Probleme mit meinen Augen, Ohren oder Nasengänge/Nasennebenhöhlen gehabt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten C	Nein <input type="checkbox"/>
5	Ich bin in den letzten 12 Monaten operiert worden ODER ich habe anhaltende Probleme im Zusammenhang mit früheren Operationen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
6	Ich habe das Bewusstsein verloren, hatte Migräne, Krampfanfälle, einen Schlaganfall, eine schwere Kopfverletzung oder leide an einer anhaltenden neurologischen Verletzung oder Erkrankung.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten D	Nein <input type="checkbox"/>
7	Ich befinde mich derzeit wegen psychologischer Probleme, Persönlichkeitsstörungen, Panikattacken, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit in Behandlung (oder habe in den letzten fünf Jahren eine Behandlung benötigt) oder es wurde bei mir eine Lern- oder Entwicklungsstörung diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten E	Nein <input type="checkbox"/>
8	Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten F	Nein <input type="checkbox"/>
9	Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten G	Nein <input type="checkbox"/>
10	Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente ein (mit Ausnahme von Antibiotika oder Malaria-Mitteln außer Mefloquin (Lariam).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

Kandidaten Erklärung

Wenn Sie alle 10 obigen Fragen mit NEIN beantwortet haben, ist eine medizinische Beurteilung nicht erforderlich. Bitte lesen Sie die nachstehende Teilnehmererklärung und stimmen Sie ihr zu, indem Sie sie unterschreiben und datieren.

Erklärung des Teilnehmers: Ich habe alle Fragen ehrlich beantwortet und verstehe, dass ich die Verantwortung für alle Konsequenzen übernehme, die sich aus Fragen ergeben, die ich möglicherweise ungenau beantwortet habe, oder für mein Versäumnis, bestehende oder frühere Gesundheitszustände offenzulegen.

Teilnehmer Unterschrift (oder bei minderjährigen Erziehungsberechtigte erforderlich)

Datum(TT/MM/JJJJ)

Teilnehmer Name (Druckschrift)

Geburtsdatum (dd/mm/yyyy)

Instruktor Name (Druckschrift)

Einrichtung

*** Wenn Sie auf die Fragen 3, 5 oder 10 ODER auf eine der Fragen auf Seite 2 mit JA geantwortet haben,** lesen Sie bitte die obige Erklärung und stimmen Sie ihr zu, indem Sie diese mit Datum und Unterschrift versehen **UND bringen Sie alle drei Seiten dieses Formulars (Kandidatenfragebogen und Formular für die ärztliche Beurteilung)** zu Ihrem Arzt für eine medizinische Beurteilung. Für die Teilnahme an einem Tauchkurs ist die Zustimmung Ihres Arztes erforderlich.

Kandidat(in) Name

Geburtsdatum

(Druckschrift)

Datum (TT/MM/JJJJ)

Taucher Medizincheck | Ausführlicher Kandidaten-Fragebogen

KASTEN A – ICH HABE/HATTE:		
Brustkorboperation, Herzoperation, Herzklappenoperation, ein medizinisches Implantat (z.B. Stent, Schrittmacher, Neurostimulator), Pneumothorax und/oder chronische Lungenerkrankung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma, Keuchen, schwere Allergien, Heuschnupfen oder verstopfte Atemwege innerhalb der letzten 12 Monate, die meine körperliche Aktivität/ Training einschränken.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ein Problem oder eine Krankheit, die mein Herz betrifft, wie z.B.: Angina pectoris, Brustschmerzen bei Anstrengung, Herzinsuffizienz, Immersions-Lungenödem, Herzinfarkt oder Schlaganfall, ODER ich nehme Medikamente gegen eine Herzerkrankung ein.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederholt Bronchitis und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Symptome innerhalb der letzten 30 Tage, die meine Lungen, Atmung, Herz und/oder Blut betrafen und meine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigt haben.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN B – ICH BIN ÜBER 45 JAHRE ALT UND:		
Derzeit rauche oder inhaliere ich Nikotin mit anderen Mitteln.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich habe einen hohen Cholesterinspiegel.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich habe hohen Blutdruck.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich hatte einen plötzlichen Tod eines nahen Blutsverwandten oder eine Herzkrankheit oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Lebensjahr ODER ich habe eine familiäre Vorgeschichte mit Herzkrankheiten vor dem 50. Lebensjahr (einschließlich abnormaler Herzrhythmen, koronarer Herzkrankheit oder Erkrankung des Herzmuskels).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN C – ICH HABE/HATTE:		
Innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation der Nasennebenhöhlen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ohrkrankheit oder Ohrchirurgie, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN D – ICH HABE/HATTE:		
Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Anhaltende neurologische Verletzung oder Erkrankung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederkehrende Migränekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN E – ICH HABE/HATTE:		
Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Schwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Es wurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung oder besondere Unterbringung erfordert.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN F – ICH HABE/HATTE:		
Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Einen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN G – ICH HATTE:		
Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Adipositas Operationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

Taucher Medizincheck | Formular ärztliche Beurteilung

Teilnehmer Name

Geburtsdatum

(Druckschrift)

Datum (TT/MM/JJJJ)

Die oben genannte Person bittet Sie um Ihre Meinung über ihre medizinische Eignung zur Teilnahme an einer Ausbildung oder Aktivität im Freizeit-Gerätetauchen oder Freitauchen. Bitte besuchen Sie uhms.org für ärztliche Beratung über die medizinischen Bedingungen im Zusammenhang mit dem Tauchen. Überprüfen Sie die für Ihren Patienten relevanten Bereiche als Teil Ihrer Beurteilung.

Untersuchungsergebnis

- Zugelassen – Ich erkenne keine Bedingungen, die ich mit dem Sporttauchen oder dem Freitauchen für unvereinbar halte.
- Nicht zugelassen – Ich erkenne Bedingungen, die ich mit dem Sporttauchen oder dem Freitauchen für unvereinbar halte.

Unterschrift approbierter Arzt oder anderweitig gesetzlich bestallter medizinischer Dienstleister

Datum (TT/MM/JJJJ)

**Name des medizinischen
Untersuchers**

**Akademischer Grad /
medizinische Zulassung**

Klinik/Krankenhaus

Adresse

Tel.

Email

Arzt / Klinik Stempel (optional)

Erstellt von [Diver Medical Screen Committee](#) in Zusammenarbeit mit den folgenden Organisationen:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego