



Tauch - Sport - Club "Krabbe" Schleswig e. V.

1.Vorsitzender

Thomas Herm

Hingsmoor 2 D, 24878 Jagel

Telefon:

01624703011

E-Mail:

vorstand1@tsc-krabbe.de

Homepage:

www.tsc-krabbe.com

Anmeldung Open Water Diver / CMAS 1* Erwachsene

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

Vor der Ausbildung müssen folgende Unterlagen vollständig vorliegen

- gültige Tauchtauglichkeitsuntersuchung
- ausgefüllte und unterschriebene Erklärung zum Gesundheitszustand
- Brevet über den: Grundtauchschein, i.a.c. Pool Diver oder gleichwertig

Die Ausbildungskosten werden vor Ausbildungsbeginn per Lastschrift eingezogen.
Bei Abbruch der Ausbildung werden keine Kosten zurückerstattet. Die Ausbildung kann ohne zusätzliche Kosten bis maximal 1 Jahr nach Abbruch fortgesetzt werden.

Folgende **eigene** Ausrüstung muss für die Freiwasserausbildung vorhanden sein :
Kaltwasserkleidung: Kopfhaube, Anzug, Handschuhe, Füßlinge, (mind. 5 mm, besser 7 mm)

Inhalte der Ausbildungskosten:

Logbuch

Brevetkarte

Ausbildung Theorie: bis zu 4 Unterrichtseinheiten a 45 Min.

Ausbildung Praxis : bis zu 6 Freiwassertauchgänge

Bereitstellung des kompletten Tauchgeräts

Open Water Diver : Erwachsene ab 18 Jahren:

320,-- €

Open Water Diver: ohne Theorieausbildung

200,-- €

Zusätzliche Kosten: werden zusätzliche Tauchgänge für die Freiwasserausbildung benötigt,
sind diese mit 20,-- € pro Tauchgang direkt an den Ausbilder zu entrichten.
Ausbildungsbuch Open Water Diver (wenn nicht schon vorhanden): 19,50 €

Ich wurde umfassend über die mit dem Tauchsport verbundenen Risiken aufgeklärt. Ich habe die Information zur Kenntnis genommen und verstanden. Alle Fragen wurden von einem Ausbilder zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Datum und Unterschrift

Erklärung zum Gesundheitszustand

THE RSTC-INTERNATIONAL (aquaclub) Form for the Understanding your health

Mit dieser Erklärung werden Sie über die potentiellen Risiken des Gerätetauchens sowie über die von Ihnen erforderlichen Verhaltensweisen während des Programms/Tauchkurses informiert. Ihre Unterschrift auf diesem Formular ist erforderlich, damit Sie am Tauchkurs teilnehmen können.

Name des/r Tauchlehrers/in _____

Name der/s Tauchschnitzschule/Center _____

Ort / Land _____

Lesen Sie diese Erklärung vor dem Unterschreiben. Sie müssen die "Erklärung zum Gesundheitszustand" mit dem medizinischen Fragebogen ausfüllen, bevor Sie an einem Tauchkurs teilnehmen können. Sind Sie noch nicht volljährig, muss zudem ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter unterschreiben.

Tauchen ist eine aufregende und anspruchsvolle Aktivität. Bei korrektem Verhalten und Anwendung der richtigen Techniken, ist es ein relativ sicherer Sport. Wenn jedoch die bestehenden Sicherheitsregeln nicht befolgt werden, bestehen erhöhte Gefahren. Um sicher zu tauchen, sollten Sie nicht extrem überbewusst oder nicht in Form sein. Der Tauchsport kann unter bestimmten

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

Umständen anstrengend sein. Ihre Atmung und Ihr Kreislauf müssen gesund sein. Alle luftgefüllten Hohlräume im Körper müssen normal und gesund sein. Personen mit einer Herzerkrankung, einer akuten Erkältung, Magen-Darm-Problemen, Epilepsie oder anderen ernsten gesundheitlichen Problemen oder die unter Einfluss von Alkohol, Medikamenten oder Betäubungsmitteln stehen, sollten nicht tauchen. Falls Sie unter Asthma, einer Herzerkrankung oder chronischen Erkrankungen leiden oder falls Sie regelmässig Medikamente einnehmen, sollten Sie vor der Kursteilnahme Ihren Arzt/Ihre Ärztin und Ihre/n Tauchlehrer/in aufsuchen. Dies sollten Sie auch nach Kursabschluss regelmässig tun. Sie werden von Ihrem/r Tauchlehrer/in die wichtigen Sicherheitsregeln betreffend Atmung und Druckausgleich beim Tauchen erlernen. Die falsche Verwendung der Tauchausrüstung kann zu ernsten Verletzungen führen. Deshalb müssen Sie unter direkter Überwachung und Betreuung eines/r qualifizierten Tauchlehrers/in den sicheren Gebrauch der Ausrüstung erlernen.

Sollten Sie zu dieser Erklärung oder dem medizinischen Fragebogen weitere Fragen haben, besprechen Sie sich bitte mit Ihrem/r Tauchlehrer/in, bevor Sie unterschreiben.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem momentanen bzw. vergangenen Gesundheitszustand mit JA oder NEIN. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit JA. Falls eine Frage mit JA beantwortet wird, ist es erforderlich, dass Sie sich von einem Arzt untersuchen lassen, bevor Sie am Tauchsport teilnehmen. Zu diesem Zweck wird Ihnen Ihr/e Tauchlehrer/in die RSTC Richtlinien für tauchsportärztliche Untersuchungen für Ihren Arzt/Ihre Ärztin aushändigen.

- _____ Könnte sein, dass Sie schwanger sind, oder wünschen Sie sich eine Schwangerschaft?
- _____ Nehmen Sie gegenwärtig verschriebene Medikamente? (mit Ausnahme von Antibiotika oder Malaria-Prophylaxe)
- _____ Sind Sie älter als 45 Jahre und erfüllen Sie einen der folgenden Punkte?
- ☐ Raucher /in von 10 Jahren, Zigaretten oder Zigarillen
- ☐ Sie haben einen erhöhten Cholesterin Spiegel
- ☐ Sie haben in der Familie Vorkommnisse von Herzinfarkt oder Schlaganfall
- ☐ Sie befinden sich momentan in ärztlicher Behandlung
- ☐ Sie haben einen erhöhten Blutdruck
- ☐ Sie leiden an Diabetes Mellitus, auch wenn diese nur durch Diät unter Kontrolle ist

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 mäßige Kopfschmerzen, oder nehmen Sie Medikamente dagegen

Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen bestätigen.

Ich übernehme die Verantwortung für unvollständige Angaben zu meinem vergangenen oder gegenwärtigen Gesundheitszustand.

- _____ Ohrschmerzen (gleichzeitiger oder teilweiser Verlust des Bewusstseins)
- _____ häufige oder starke Rotationskrankheit (Bock, Auto usw.)
- _____ Ruder oder Erstickungswunde mit notwendiger medizinischer Versorgung
- _____ irgendein Tauchunfall oder Dekompressionskrankheit
- _____ Unfähigkeit, mäßige Körperleistungen zu erfüllen (z.B. 1,6 km in 12 Min. gehen)
- _____ Kopfverletzungen innerhalb der letzten 5 Jahre mit Bewusstseinsverlust
- _____ immer wieder auftretende Rückenbeschwerden
- _____ chirurgische Eingriffe im Bereich des Rückens oder der Wirbelsäule
- _____ Diabetes
- _____ Probleme an Rücken, Armen oder Beinen in Folge chirurgischer Eingriffe, Verletzungen oder Brüche
- _____ hoher Blutdruck oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des Blutdrucks
- _____ Herzerkrankungen
- _____ Herzrhythmus (Herzrhythmus)
- _____ Angioplastik, chirurgische Eingriffe an Herz oder Blutgefäßen
- _____ chirurgische Eingriffe an Nierenhöhlen
- _____ Ohrschmerzen oder -operationen, Gehörverlust oder Gleichgewichtsstörungen
- _____ wiederholte Ohrprobleme
- _____ Bluthungen oder andere Blutprobleme
- _____ Weichteilbrüche (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)
- _____ Geschwüre oder operativ entfernte Geschwüre
- _____ künstlicher Darmausgang (Colostomie oder Ileostomie)
- _____ Einnahme von sportlichen Aufbaupräparaten oder Behandlung wegen Alkoholproblemen in den letzten 5 Jahren

Unterschrift _____

Datum _____

Unterschrift der Eltern, Erziehungsberechtigten _____

Datum _____

