

SARA DIVERS

Nachname, Vorname:

Straße Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon-Nr.:

Geburtsdatum:

Reisepass-Nr.:

Brevet:

Anzahl-Tauchgänge:

Datum letzter Tauchgang / Datum:

Datum Anreise:

Datum Abreise:

Unterkunft in Ägypten / Hurghada:

Haftungsausschluss, Risikoübernahme und Einverständniserklärung **SARA Divers**

für sicheres Schnorchel- und Gerätetauchen**

Ich, _____, erkläre hiermit, dass ich die mit dem Schnorchel- und Gerätetauchen verbundenen Risiken vollständig verstanden habe und diese bewusst akzeptiere. Mir ist bekannt, dass das Tauchen körperlich und mental anspruchsvoll ist und Gefahren wie Druckverletzungen, Barotrauma, Embolie, Dekompressionskrankheit, Panikreaktionen, Ertrinken sowie Verletzungen durch Strömung, Tiere, Boote, Ausrüstung oder unvorhersehbare Umstände mit sich bringen kann. Ich weiß, dass diese Risiken zu schweren, dauerhaften gesundheitlichen Schäden oder sogar zum Tod führen können und dass Tauchplätze in Gegenden liegen können, an denen eine medizinische Versorgung – insbesondere eine Druckkammer – nicht rechtzeitig erreichbar ist. Ich akzeptiere ausdrücklich, dass trotz aller Vorsichtsmaßnahmen Restgefahren bestehen bleiben.

Ich bestätige, dass ich gesundheitlich in der Lage bin, am Schnorchel- oder Gerätetauchen teilzunehmen, und dass ich das Tauchcenter über alle relevanten Vorerkrankungen, Einschränkungen oder Medikamente informiert habe. Ich verstehe, dass das Tauchcenter keine medizinische Beurteilung vornimmt und die Verantwortung für meine Tauchtauglichkeit allein bei mir liegt. Ich verpflichte mich, auf Alkohol, Drogen oder gefährliche Medikamente vor dem Tauchen zu verzichten, meine körperliche Fitness zu erhalten und meine Kenntnisse regelmäßig aufzufrischen, insbesondere wenn ich längere Zeit nicht getaucht bin.

Ich erkenne die grundlegenden Verfahren für sicheres Tauchen an und verpflichte mich, diese zu befolgen. Dazu gehört, mich vor jedem Tauchgang über die örtlichen Bedingungen zu informieren oder eine Einweisung einzuholen, insbesondere wenn ich einen Tauchplatz nicht kenne. Sind die Bedingungen schlechter als meiner Erfahrung entsprechen, verzichte ich auf den Tauchgang oder wähle einen anderen Tauchplatz. Ich werde ausschließlich mit vollständiger, funktionstüchtiger und mir vertrauter Ausrüstung tauchen, diese vor jedem Tauchgang prüfen und nur innerhalb meiner eigenen Fähigkeiten und Ausbildungstiefe tauchen. Mir ist bewusst, dass technische Tauchgänge oder Höhlentauchgänge eine spezielle Ausbildung erfordern, die ich ohne entsprechende Qualifikation nicht durchführen darf.

Ich verpflichte mich, alle Briefings aufmerksam zu verfolgen, Anweisungen der Tauchlehrer, Guides oder Bootscrew zu befolgen und jederzeit das Buddy-System anzuwenden. Ich plane jeden Tauchgang gemeinsam mit meinem Tauchpartner, einschließlich Kommunikation, Verhalten bei Trennung und Notfallmaßnahmen. Ich werde jeden Tauchgang konservativ planen, Sicherheitsstopps durchführen und niemals schneller als empfohlen zur Oberfläche aufsteigen. Ich achte auf korrekte Tarierung, stelle an der Oberfläche positiven Auftrieb her und führe ein geeignetes Signalmittel wie eine Oberflächenboje mit mir. Beim Atmen von Pressluft halte ich niemals die Luft an, vermeide Überanstrengung, achte auf ruhige Atmung und bewege mich stets innerhalb meiner persönlichen Grenzen. Wann immer möglich, werde ich an der Oberfläche Boote oder Auftriebskörper zur Unterstützung nutzen und halte mich an alle örtlichen Tauch- und Sicherheitsbestimmungen.

Ich verstehe die Bedeutung dieser Verfahren und erkenne an, dass ihre Einhaltung meiner eigenen Sicherheit dient und dass ich mich und andere gefährde, wenn ich sie missachte. Ich erkläre hiermit, dass ich für meine Sicherheit beim Tauchen eine erhebliche Eigenverantwortung trage.

Ich verzichte gegenüber meinen Tauchlehrern, dem Tauchcenter **SARA DIVERS**, dessen Eigentümern, Mitarbeitern, Guides, Kapitänen, Beauftragten, Vertragspartnern sowie allen verbundenen Unternehmen auf jegliche Ansprüche, die aus meiner Teilnahme an Schnorchel- oder Tauchaktivitäten entstehen könnten. Dieser Verzicht umfasst Personen- und Sachschäden sowie Folgeschäden, auch wenn diese durch einfache Fahrlässigkeit verursacht wurden, soweit dies rechtlich zulässig ist. Ich akzeptiere, dass dieser Haftungsausschluss ebenfalls für meine Erben, Rechtsnachfolger und Begünstigten gilt.

Ich erkläre, dass ich diese Vereinbarung vollständig gelesen, verstanden und freiwillig unterschrieben habe und mir sämtlicher Risiken bewusst bin. Ich bestätige außerdem, dass ich alle Fragen geklärt habe und keine Unklarheiten bestehen. Bei minderjährigen Teilnehmern bestätigt der unterzeichnende Erziehungsberechtigte durch seine Unterschrift die Kenntnisnahme, Zustimmung und Übernahme der Verantwortung.

Datum und Unterschrift Teilnehmer/in: _____

Bei Minderjährigen: Name und

Unterschrift Erziehungsberechtigter: _____

Taucher Medizincheck | Kandidaten-Fragebogen SARA DIVERS

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 Lunge/Atmung, Herz, Blut oder wurde mit COVID-19 diagnostiziert.	Ja ☐ Kasten A	Nein ☐
2	Ich bin über 45 Jahre alt.	Ja ☐ Kasten B	Nein ☐
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 auszuruhen) ODER ich war in den letzten 12 Monaten aus Fitness- oder Gesundheitsgründen nicht in der Lage, an einer normalen körperlichen Aktivität teilzunehmen.	Ja ☐ *	Nein ☐
4	Ich habe Probleme mit meinen Augen, Ohren oder Nasengänge/Nasennebenhöhlen gehabt.	Ja ☐ Kasten C	Nein ☐
5	Ich bin in den letzten 12 Monaten operiert worden ODER ich habe anhaltende Probleme im Zusammenhang mit früheren Operationen.	Ja ☐ *	Nein ☐
6	Ich habe das Bewusstsein verloren, hatte Migräne, Krampfanfälle, einen Schlaganfall, eine schwere Kopfverletzung oder leide an einer anhaltenden neurologischen Verletzung oder Erkrankung.	Ja ☐ Kasten D	Nein ☐
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 Lernbehinderung diagnostiziert.	Ja ☐ Kasten E	Nein ☐
8	Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.	Ja ☐ Kasten F	Nein ☐
9	Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	Ja ☐ Kasten G	Nein ☐
10	Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente ein (mit Ausnahme von Antibabypillen oder Malariamitteln außer Mefloquin (Lariam).	Ja ☐ *	Nein ☐

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.

Taucher Medizincheck | Ausführlicher Kandidaten-Fragebogen SARA DIVERS

KASTEN A – ICH HABE/HATTE:			
Thoraxchirurgie, Herzchirurgie, Herzklappenoperation, Stentimplantation oder einen Pneumothorax (kollabierte Lunge).	Ja ☐ *	Nein ☐	
Asthma, Keuchen, schwere Allergien, Heuschnupfen oder verstopfte Atemwege innerhalb der letzten 12 Monate, die meine körperliche Aktivität/ Training einschränken.	Ja ☐ *	Nein ☐	
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 ☐ *	Nein ☐	
Wiederholt Bronchitis und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Eine COVID-19 Diagnose	Ja ☐ *	Nein ☐	
KASTEN B – ICH BIN ÜBER 45 JAHRE ALT UND:			
Derzeit rauche oder inhaliere ich Nikotin mit anderen Mitteln.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Ich habe einen hohen Cholesterinspiegel.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Ich habe hohen Blutdruck.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Ich hatte einen plötzlichen Tod eines nahen Blutsverwandten oder eine Herzerkrankung oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Lebensjahr ODER ich habe eine familiäre Vorgeschichte mit Herzerkrankungen vor dem 50. Lebensjahr (einschließlich abnormaler Herzrhythmen, koronarer Herzkrankheit oder Erkrankung des Herzmuskels).	Ja ☐ *	Nein ☐	
KASTEN C – ICH HABE/HATTE:			
Innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation der Nasennebenhöhlen.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Ohrkrankheit oder Ohrchirurgie, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Wiederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐	
KASTEN D – ICH HABE/HATTE:			
Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Anhaltende neurologische Verletzung oder Erkrankung.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Wiederkehrende Migränekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Epilepsie, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern.	Ja ☐ *	Nein ☐	
KASTEN E – ICH HABE/HATTE:			
Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Schwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Es wurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung erfordert.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste.	Ja ☐ *	Nein ☐	
KASTEN F – ICH HABE/HATTE:			
Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Einen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐	
KASTEN G – ICH HATTE:			
Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD).	Ja ☐ *	Nein ☐	
Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.	Ja ☐ *	Nein ☐	
Adipositas Operationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐	