

BLUE DELPHIN e.V.

Mitglied im STSB - Saarländischer Tauchsportbund e.V. Nr.: 17
Mitglied im VDST- Verband Deutscher Sporttaucher e.V. Nr.: 10/4115

Teilnahme am Schnuppertauchen

Nr.: _____

Treffpunkt :

Stand des TC Blue Delphin - Schwimmbad Völklingen

Name: _____

Vorname : _____

Strasse : _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Geb. Datum: _____

E Mail : _____

Ich melde mich / mein Kind zum Schnuppertauchen an.

Ich verzichte auf jegliche Schadensersatz Ansprüche gegenüber dem TC Blue Delphin, sowie der Stadt Völklingen.

Mir ist bekannt, dass ein eigener Badeanzug / Badehose und ein Handtuch mit zu bringen ist, von Seiten des TC Blue Delphin wird nur die Tauch Ausrüstung gestellt.

Personen ab **14 Jahren** dürfen nur in Begleitung eines Erziehungsberechtigten am Schnuppertauchen teil nehmen.

Datum / Unterschrift

Datum / Unterschrift (Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen)

Bitte Rückseite beachten!!!!

Mir/Uns ist bekannt, dass das Tauchen mit Druckluft mit Risiken verbunden ist. Bestimmte Krankheitsbilder schließen das Tauchen definitiv aus. Hat der Teilnehmer jemals folgende Erkrankungen oder Probleme ?

Richtige Aussagen bitte ankreuzen!

- ☐ ***Akute Erkältung (Nasen- oder Rachenprobleme)***
- ☐ Nebenhöhlenerkrankungen
- ☐ Atemwegserkrankungen
- ☐ Akute Gehörgangs-/Ohrenentzündung
- ☐ Taubheit oder Ohrengeräusche
- ☐ Operationen am Ohr/Trommelfell
- ☐ Trommelfellerkrankung
- ☐ Problem, den Druck in den Ohren auszugleichen (z.B. bei Fahrten in die Berge oder beim Fliegen).
- ☐ Schwindel-, Ohnmachts- oder andere Anfälle (Epilepsie u.a.)
- ☐ Nimmt regelmäßig bzw. derzeit Medikamente ein
- ☐ Trägt Prothesen, Zahnersatz etc.
- ☐ Augen- Sehprobleme
- ☐ Operationen am Auge
- ☐ Diabetes, Allergien, Hauterkrankungen
- ☐ Herzerkrankungen
- ☐ Musste sich in den letzten vier Monaten einer Operation unterziehen
- ☐ Asthma, Tuberkulose, Bronchitis oder Lungenentzündung
- ☐ Chronischer bzw. dauerhafter Husten
- ☐ Gelenk- oder Rückenverletzungen
- ☐ Platzangst
- ☐ Leidet unter Krampfanfällen
- ☐ Leidet unter schweren, häufigen Kopfschmerzen
- ☐ Leidet an einer Nervenerkrankung
- ☐ Ist derzeit in ärztlicher Behandlung
- ☐ Leidet an einer chronischen Krankheit
- ☐ Schädelbasisverletzungen
- ☐ Leidet an Erkrankungen des Bewegungsapparates
- ☐ Neigt zu Panikreaktionen, leidet unter psychischen Erkrankungen
- ☐ Kann nicht schwimmen

Diese Aufzählung ist nicht abschließend !

Datum / Unterschrift (Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen)