

Teilnehmer-Information (vertraulich)

Bitte lesbar ausfüllen.

Name, Vorname _____

Strasse _____

Land _____ PLZ _____ Stadt _____

Tel. Privat () _____ Tel. Geschäft () _____ Fax () _____

Geburtsdatum (Tag/Mt./Jahr) _____ Geschlecht M F Beruf _____

email: _____

Angaben über den Gesundheitszustand des/r Teilnehmers/in

Bitte die Ihrem früheren oder aktuellen Gesundheitszustand entsprechenden Felder ankreuzen. Sollte einer der aufgeführten Punkte zutreffen, müssen Sie sich vor der Teilnahme am Gerätetauchen einer ärztlichen Untersuchung unterziehen.

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> momentan erkältet (Nase zu) | 7. <input type="checkbox"/> habe momentan eine Ohrenentzündung |
| 2. <input type="checkbox"/> nehme momentan Medikament(e) ein | 8. <input type="checkbox"/> kürzliche Operation/Krankheit |
| 3. <input type="checkbox"/> habe/hatte Atmungsprobleme/-krankheiten | 9. <input type="checkbox"/> habe/hatte Nebenhöhlenprobleme |
| 4. <input type="checkbox"/> bin Diabetiker/in | 10. <input type="checkbox"/> bin schwanger |
| 5. <input type="checkbox"/> habe/hatte Anfälle/Schwindel/Ohnmacht | 11. <input type="checkbox"/> habe/hatte Asthma/Tuberkulose/Emphyseme |
| 6. <input type="checkbox"/> habe/hatte Herzerkrankung | 12. <input type="checkbox"/> habe Platzangst |
| | 13. <input type="checkbox"/> rauche 20 oder mehr Zigaretten pro Tag |
| | 14. <input type="checkbox"/> hatte Probleme mit meinen Ohren |
| | 15. <input type="checkbox"/> leide an einer Nervenerkrankung |
| | 16. <input type="checkbox"/> bin in ärztlicher Behandlung oder habe chronische Krankheit |

Erklärung Bitte vor dem Unterschreiben sorgfältig lesen!

Mit dieser Erklärung werden Sie über einige potentielle Risiken des Gerätetauchens sowie die von Ihnen verlangten Verhaltensweisen während des Discover Scuba Programms informiert. Ihre Unterschrift ist erforderlich, damit Sie am Discover Scuba Programm teilnehmen können, das

von _____ in _____ durchgeführt wird.

Lesen und besprechen Sie diese Erklärung, bevor Sie unterschreiben. Sind Sie minderjährig, muss zudem ein Elternteil oder Vormund unterschreiben.

Tauchen ist eine aufregende und herausfordernde Aktivität. Korrekt und unter Anwendung der richtigen Techniken ausgeübt, ist es ein sehr sicherer Sport. Werden jedoch die festgelegten Regeln für sicheres Tauchen nicht befolgt, können Gefahren auftreten. Das Discover Scuba Programm ist darauf ausgerichtet, Ihnen einen sicheren Einstieg in das Gerätetauchen zu bieten. Dies macht Sie jedoch nicht zu einem/r kompetenten Taucher/in. Hierzu ist es erforderlich, dass Sie in einem Tauchkurs gründlich im Gerätetauchen ausgebildet werden.

Um sicher zu tauchen, dürfen Sie nicht extrem übergewichtig oder untrainiert sein. Tauchen kann unter Umständen sehr anstrengend sein. Atmung, Kreislauf sowie Ihre Körperhöhlen müssen gesund sein. Eine Person mit Herzproblemen, Erkältung (Nase zu), Epilepsie, Asthma oder anderen ernst, gesundheitlichen Problemen sollte nicht tauchen. Falls Sie Medikamente einnehmen, konsultieren Sie vor der Teilnahme an diesem Programm Ihren Arzt und sprechen Sie darüber mit ihrem/r Tauchlehrer/in. Sie müssen diese Discover Scuba Erklärung vollständig ausfüllen und unterschreiben, einschliesslich der Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit Sie an diesem Programm teilnehmen können.

Während des Tauchens müssen Sie von Ihrem/r Tauchlehrer/in die wichtigsten Regeln für sicheres Tauchen betreffend Atmung und Tanerung erlernen. Falscher Gebrauch der Tauchausrüstung kann zu ernst Verletzungen führen. Daher müssen Sie den richtigen Gebrauch der Tauchausrüstung unter direkter Anleitung und Betreuung durch eine/n qualifizierte/n Tauchlehrer/in erlernen.

Falls Sie noch Fragen zu dieser Discover Scuba Erklärung haben, besprechen Sie diese mit ihrem/r Tauchlehrer/in, bevor Sie unterschreiben.

Haftungsausschluss-Erklärung

Ich verstehe und stimme zu, dass weder der/die Tauchlehrer/in, _____, das Tauchcenter, durch das

diese Orientierung erfolgt, International PADI, Inc. oder PADI Europe auf irgendeine Art und Weise haftbar oder verantwortlich gemacht werden können für irgendwelche Verletzungen, Tod oder Schädigungen meiner Person oder meiner Familie oder meiner Erben, die infolge meiner Teilnahme an diesem Programm eintreten mögen. Sollte es mir gestattet werden, an dem Programm teilzunehmen, so übernehme ich hiermit sämtliche mit diesem Programm zusammenhängende Risiken für jeglichen Schaden, jegliche Verletzung oder Schädigung, die mich während meiner Teilnahme befallen könnten, einschliesslich aller damit verbundenen Risiken, seien sie vorhersehbar oder unvorhersehbar, auch für den Fall, dass sie aufgrund

von Fahrlässigkeit des/r Tauchlehrers/in _____ oder von PADI eintreten sollten.

Weiterhin erkläre ich, dass ich rechts- und vertragsmündig bin und somit diesen Haftungsausschluss unterschreiben darf oder das schriftliche Einverständnis meiner Eltern oder meines Vormundes vorliegt. Ich verstehe, dass diese Bedingungen Vertragsbestandteile sind und nicht lediglich erwähnt werden und dass ich dieses Dokument aus freiem Willen unterschrieben habe.

ES IST MEINE ABSICHT, MITTELS DIESER ERKLÄRUNG DEN/DIE TAUCHLEHRER/IN _____

INTERNATIONAL PADI, INC. UND PADI EUROPE VON JEGLICHER HAFTUNG ODER VERANTWORTUNG ZU BEFREIEN, FÜR PERSÖNLICHE VERLETZUNGEN, VERMÖGENSSCHADEN, TOD, UND ZWAR UNABHÄNGIG VON DER URSACHE, EINSCHLIESSLICH, ABER NICHT BESCHRÄNKT AUF, FAHRLÄSSIGKEIT DES/R TAUCHLEHRERS/IN _____

ODER VON PADI,

SEI SIE PASSIV ODER AKTIV ERFOLGT.

ICH HABE MICH ÜBER DEN INHALT DIESER DISCOVER SCUBA HAFTUNGSAUSSCHLUSS-ERKLÄRUNG VOLLSTÄNDIG INFORMIERT, INDEM ICH DIESE GELESEN HABE, BEVOR ICH SIE FÜR MICH UND AUCH BINDEND FÜR MEINE ERBEN UNTERSCHRIEBEN HABE. MEINE ANGABEN ÜBER MEINEN GESUNDHEITZUSTAND SIND NACH BESTEM WISSEN UND GEWISSEN RICHTIG. ICH ERKLÄRE, DASS ICH MICH IN GUTEM GEISTIGEM UND KÖRPERLICHEM ZUSTAND BEFINDE, NICHT UNTER EINFLUSS VON ALKOHOL ODER MEDIKAMENTEN / DROGEN STEHE UND FÜR DIE TEILNAHME AN DIESEM PROGRAMM AUSREICHEND QUALIFIZIERT BIN.

Unterschrift Teilnehmer/in _____

Datum _____

Unterschrift Eltern/Vormund (falls erforderlich) _____

Datum _____