



Gesundheits- und Haftungsausschlusserklärung zum Schnuppertauchen

Der 1. Eitorfer Tauchclub XARIFA e.V. bietet im Herbert Weber Bad in Eitorf die Möglichkeit, das Tauchen mit Druckluft in Form eines *Schnuppertauchgangs* unter sachkundiger Begleitung kennen zulernen und auszuüben. Ich möchte hieran teilnehmen.
Meine persönlichen Daten lauten wie folgt:

Bitte lesbar ausfüllen!

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum

Telefon privat

Mir ist bekannt, dass das Tauchen mit Druckluft mit Risiken verbunden ist. Bestimmte Krankheitsbilder schließen das Tauchen definitiv aus. Über meinen derzeitigen Gesundheitszustand mache ich folgende Angaben:

Richtige Aussagen bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/>	Ich bin momentan erkältet (Nase zu)	<input type="checkbox"/>	Ich habe / hatte Asthma, Tuberkulose oder Bronchitis
<input type="checkbox"/>	Ich nehme derzeit die Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigende Medikamente ein	<input type="checkbox"/>	Beim Fahren in die Berge/ beim Fliegen habe ich Probleme, den Druck in den Ohren auszugleichen
<input type="checkbox"/>	Ich trage Prothesen	<input type="checkbox"/>	Ich rauche 20 oder mehr Zigaretten am Tag
<input type="checkbox"/>	Ich leide an Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	Ich leide an einer Nervenerkrankung
<input type="checkbox"/>	Ich bin Diabetiker	<input type="checkbox"/>	Ich bin derzeit in ärztlicher Behandlung
<input type="checkbox"/>	Ich leide an Schwindel-, Ohnmacht-, Krampf- oder anderen Anfällen (Epilepsie u.a.)	<input type="checkbox"/>	Ich leide unter Nasennebenhöhlenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	Ich habe/ hatte eine Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Ich nehme Drogen
<input type="checkbox"/>	Ich habe momentan eine Ohrenentzündung	<input type="checkbox"/>	Ich habe / hatte Schädelbasisverletzungen
<input type="checkbox"/>	Ich musste mich in den letzten vier Monaten einer Operation unterziehen	<input type="checkbox"/>	Ich leide an Erkrankungen des Bewegungsapparates
<input type="checkbox"/>	Ich habe / hatte eine Trommelfellerkrankung	<input type="checkbox"/>	Ich neige zu Panikreaktionen
<input type="checkbox"/>	Ich bin schwanger	<input type="checkbox"/>	Ich leide an einer chronischen Krankheit
<input type="checkbox"/>	Ich habe Platzangst	<input type="checkbox"/>	

Ich bin darüber informiert, dass ich am Schnuppertauchen nur teilnehmen darf, wenn keine der vorstehenden Aussagen über meinen Gesundheitszustand zutrifft. Mir ist bekannt, dass die gesundheitlichen Risikofaktoren in der vorstehenden Auflistung nicht abschließend aufgezählt sind. Das verbleibende medizinische Risiko trage ich selbst.

Meine Teilnahme am Schnuppertauchen erfolgt auf eigene Gefahr und Risiko !

Ich verzichte hiermit ausdrücklich gegenüber meinen Tauchgangsbegleitern wie auch gegenüber dem 1. Eitorfer Tauchclub XARIFA e.V. sowie dessen Repräsentanten auf sämtliche Ansprüche - gleich welcher Art - aus Schadensfällen, die in Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Schnuppertauchen eintreten, es sei denn, die vorstehend genannten Personen bzw. der 1. Eitorfer Tauchclub XARIFA e.V. handeln vorsätzlich oder grob fahrlässig. Die Haftung für leichte Fahrlässigkeit ist ausgeschlossen.

Der Verzicht gilt für Verletzungen aller Art. Ich übernehme damit sämtliche mit dem Schnuppertauchen zusammenhängenden Risiken für jegliche Schäden, jegliche Verletzungen oder Folgeschädigungen, die ich aufgrund meiner Teilnahme am Schnuppertauchen erleiden könnte - unabhängig davon, ob sie vorhersehbar sind oder nicht -, soweit sie nicht auf ein vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten eines Dritten zurück zu führen sind.

Ich habe mich über den Inhalt dieses Haftungsverzichts vollständig informiert, indem ich diesen gelesen habe, bevor ich meine Unterschrift leiste.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer

Bei minderjährigen Teilnehmern:

Einverständniserklärung zum Schnuppertauchen

Wir erklären uns damit einverstanden, dass unser Kind

am Schnuppertauchen des 1.Eitorfer Tauchclub XARIFA teilnimmt.

Ort, Datum

Unterschrift beider Eltern / Erziehungsberechtigten

Freigabe erteilt :

Ja

Nein

Nummer	
Jahr	
Lfd. Nr.	

Datum

Unterschrift Ausbilder