

## Teilnehmererklärung zum Schnuppertauchen

Der Tauchverein Castrop-Rauxel e. V. bietet mir heute im Hallenbad / Freibad die Möglichkeit, das Tauchen mit Druckluft in Form eines Schnuppertauchgangs unter sachkundiger Anleitung kennenzulernen und auszuüben. Ich möchte daran teilnehmen. Meine persönlichen Daten lauten:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefon

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:

- | ja                       | nein                     |   | ja                       | nein                     |   |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beim Fahren in die Berge / beim Fliegen habe ich Probleme, den Druck in den Ohren auszugleichen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich leide an einer Nervenerkrankung   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe momentan eine Ohrentzündung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich leide an einer chronischen Krankheit                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe / hatte eine Trommelfellerkrankung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich leide unter Klaustrophobie  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich leide an Schwindel-, Ohnmachts-, Krampf- oder anderen Anfällen (z.B. Epilepsie)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich neige zu Panikreaktionen  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich bin momentan erkältet   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich leide an Erkrankungen des Bewegungsapparates                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich leide an Atemwegserkrankungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich trage Prothesen   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe / hatte Asthma, Tuberkulose oder Bronchitis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe / hatte eine Schädelverletzung                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich leide unter Nasennebenhöhlen- / Stirnhöhlen-erkrankungen                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich mußte mich in den letzten 4 Monaten einer Operation unterziehen           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich bin derzeit in ärztlicher Behandlung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich nehme derzeit die Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigende Medikamente ein |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe / hatte eine Herzerkrankung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich rauche 20 oder mehr Zigaretten am Tag                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich bin Diabetiker  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich nehme Drogen  |
|                          |                          |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich bin schwanger   |

Ich bin darüber informiert, dass ich vom Probetauchen ausgeschlossen werden kann, wenn eine der vorstehenden Aussagen über meinen Gesundheitszustand mit ja beantwortet wurde. Mir ist bekannt, dass die gesundheitlichen Risikofaktoren in der vorstehenden Auflistung nicht abschließend aufgezählt sind. Das verbleibende medizinische Risiko trage ich selbst.

Desweiteren erkläre ich, daß ich mindestens 15 Minuten ohne Auftriebshilfe schwimmen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter

## Tauchverein Castrop-Rauxel e. V.

### Haftungsausschlußerklärung zum Schnuppertauchen

Meine Teilnahme am Schnuppertauchen erfolgt auf eigene Gefahr und auf eigenes Risiko.

Ich verzichte hiermit ausdrücklich gegenüber meinen Tauchgangsbegleitern wie auch gegenüber dem Tauchverein Castrop-Rauxel e.V. sowie dessen Repräsentanten auf sämtliche Ansprüche, gleich welcher Art, aus Schadensfällen, die im Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Probetauchen eintreten, es sei denn, die vorstehend genannten Personen bzw. der Tauchverein Castrop-Rauxel 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 waren oder nicht, soweit sie nicht auf ein vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten eines Dritten zurückzuführen sind.

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

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter

### Einverständniserklärung zum Schnuppertauchen bei minderjährigen Teilnehmern

Wir erklären uns damit einverstanden, dass unser Kind

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

am Schnuppertauchen des Tauchverein Castrop-Rauxel e. V. teilnimmt.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter