

Teilnehmererklärung zum Schnuppertauchen

Der Tauchsportverein Bad Karlshafen bietet heute im _____ die Möglichkeit, das Tauchen mit Druckluft in Form eines Schnuppertauchgangs unter sachkundiger Begleitung kennenzulernen 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:

Zutreffende Aussagen bitte ankreuzen:

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

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 den vorstehenden Auflistungen nicht abschließend aufgezählt sind. Das verbleibende medizinische Risiko trage ich selbst. Des Weiteren erkläre ich, dass ich mindestens 15 Minuten ohne Auftriebshilfe frei schwimmen kann.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. von Eltern / Erziehungsberechtigten)

Haftungsausschlusserklärung und Datenschutz

Haftungsausschluss

Meine Teilnahme am Schnuppertauchen erfolgt auf eigene Gefahr und Risiko. Ich verzichte hiermit ausdrücklich gegenüber meinen Tauchgangsbegleitern wie auch gegenüber dem Tauchsportverein Bad Karlshafen 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 Tauchsportverein Bad Karlshafen 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 Probetauchen 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.

Datenschutz

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass alle in diesem Formular erfassten Daten ausschließlich zur Durchführung des Probetauchens verwendet werden. Die Daten werden nicht elektronisch gespeichert oder an Dritte weitergegeben.

Ich bin damit einverstanden, dass Bilder und Filme, die im Rahmen dieser Veranstaltung erstellt werden und auf denen ich zu sehen bin, über die Internetpräsenzen des Tauchsportverein Bad Karlshafen e.V. (Vereins-Homepage, YouTube, Facebook) veröffentlicht werden. Die Einwilligung zur Veröffentlichung der Medien kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer (ggf. von Eltern / Erziehungsberechtigten)

Bei minderjährigen Teilnehmern:

Einverständniserklärung zum Schnuppertauchen

Wir erklären uns damit einverstanden, dass unser Kind _____ am Probetauchen des Tauchsportverein Bad Karlshafen e.V. teilnimmt.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten