Tauchsportverein Bad Karlshafen e.V.
An der Saline 1
34385 Bad Karlshafen

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 gebe ich in einem separaten Fragebogen Auskunft. Mir ist bekannt, dass ein medizinischer Fragebogen nicht alle persönlichen gesundheitlichen Risikofaktoren aufzählen kann. 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)

Tauchsportverein Bad Karlshafen e.V.
An der Saline 1
34385 Bad Karlshafen

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

Taucher Medizincheck | Kandidaten-Fragebogen

Sporttauchen und Freitauchen erfordert eine gute körperliche und geistige Gesundheit. Es gibt einige wenige medizinische Bedingungen, die beim Tauchen ein Risiko darstellen können und unten aufgeführt sind. Personen, die an einer dieser Erkrankungen leiden oder dafür prädisponiert sind, sollten von einem Arzt untersucht werden. Dieser medizinische Teilnehmer-Fragebogen für Taucher bietet die Grundlage für die Entscheidung, ob Sie sich um diese Untersuchung bemühen sollten. Wenn Sie Bedenken bezüglich Ihrer Tauchtauglichkeit haben, die sich nicht aus diesem Formular erschließen, sollten Sie sich vor dem Tauchen mit Ihrem Arzt beraten. Wenn Sie sich krank fühlen, vermeiden Sie das Tauchen. Wenn Sie glauben, dass Sie möglicherweise an einer ansteckenden Krankheit leiden, schützen Sie sich und andere, indem Sie nicht an der Tauchausbildung und/oder an Tauchaktivitäten teilnehmen. Bezugnahmen auf “Tauchen” auf diesem Formular umfassen sowohl Sporttauchen als auch Freitauchen. Es ist in erster Linie als Screening im Sinne einer medizinischen Voruntersuchung für Tauchanfänger gedacht, eignet sich aber auch für Taucher, die eine fortgeschrittene Ausbildung absolvieren. Beantworten Sie zu Ihrer Sicherheit und der Sicherheit anderer, die mit Ihnen tauchen, alle Fragen ehrlich.

Anleitung

Füllen Sie diesen Fragebogen als Voraussetzung für einen Sporttauch- oder Freitauch-Kurs aus.
Hinweis für Frauen: Wenn Sie schwanger sind oder versuchen, schwanger zu werden, tauchen Sie nicht.

1	Ich hatte Probleme mit meinen Lungen, Atmung, Herz und/oder Blut mit Beeinträchtigung meiner normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit	Ja ☐ Kasten **A**	Nein ☐
2	Ich bin über 45 Jahre alt.	Ja ☐ Kasten **B**	Nein ☐
3	Ich habe Mühe, mich mäßig zu bewegen (z.B. 1,6 Kilometer/eine Meile in 14 Minuten laufen oder 200 Meter/Yard schwimmen, ohne mich auszuruhen) ODER ich war in den letzten 12 Monaten aus Fitness- oder Gesundheitsgründen nicht in der Lage, an einer normalen körperlichen Aktivität teilzunehmen.	Ja ☐*	Nein ☐
4	Ich habe Probleme mit meinen Augen, Ohren oder Nasengänge/Nasennebenhöhlen gehabt.	Ja ☐ Kasten **C**	Nein ☐
5	Ich bin in den letzten 12 Monaten operiert worden ODER ich habe anhaltende Probleme im Zusammenhang mit früheren Operationen.	Ja ☐*	Nein ☐
6	Ich habe das Bewusstsein verloren, hatte Migräne, Krampfanfälle, einen Schlaganfall, eine schwere Kopfverletzung oder leide an einer anhaltenden neurologischen Verletzung oder Erkrankung.	Ja ☐ Kasten **D**	Nein ☐
7	Ich be inde mich derzeit wegen psychologischer Probleme, Persönlichkeitsstörungen, Panikattacken, Drogen- oder Alkoholabhäng-igkeit in Behandlung (oder habe in den letzten fünf Jahren eine Behandlung benötigt) oder es wurde bei mir eine Lern- oder Entwicklungsstörung diagnostiziert.	Ja ☐ Kasten **E**	Nein ☐
8	Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.	Ja ☐ Kasten **F**	Nein ☐
9	Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	Ja ☐ Kasten **G**	Nein ☐
10	Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente ein (mit Ausnahme von Antibabypillen oder Malariamitteln außer Mefloquin (Lariam).	Ja ☐*	Nein ☐

Kandidaten Erklärung

Wenn Sie alle 10 obigen Fragen mit NEIN beantwortet haben, ist eine medizinische Beurteilung nicht erforderlich. Bitte lesen Sie die nachstehende Teilnehmererklärung und stimmen Sie ihr zu, indem Sie sie unterschreiben und datieren.

Erklärung des Teilnehmers: Ich habe alle Fragen ehrlich beantwortet und verstehe, dass ich die Verantwortung für alle Konsequenzen übernehme, die sich aus Fragen ergeben, die ich möglicherweise ungenau beantwortet habe, oder für mein Versäumnis, bestehende oder frühere Gesundheitszustände offenzulegen.

Teilnehmer Unterschrift (oder bei minderjährigen Erziehungsberechtigte erforderlich)	Datum(TT/MM/JJJJ)
Teilnehmer Name (Druckschrift)	Geburtsdatum (dd/mm/yyyy)
Instruktor Name (Druckschrift)	Einrichtung

*** Wenn Sie auf die Fragen 3, 5 oder 10 ODER auf eine der Fragen auf Seite 2 mit JA geantwortet haben**, lesen Sie bitte die obige Erklärung und stimmen Sie ihr zu, indem Sie diese mit Datum und Unterschrift versehen **UND bringen Sie alle drei Seiten dieses Formulars (Kandidatenfragebogen und Formular für die ärztliche Beurteilung)** zu Ihrem Arzt für eine medizinische Beurteilung. Für die Teilnahme an einem Tauchkurs ist die Zustimmung Ihres Arztes erforderlich.

 © 2020

Kandidat(in) Name **Geburtsdatum**

(Druckschrift) Datum (TT/MM/JJJJ)

Taucher Medizincheck | Ausführlicher Kandidaten-Fragebogen

KASTEN A – ICH HABE/HATTE:		
Brustkorboperation, Herzoperation, Herzklappenoperation, ein medizinisches Implantat (z.B. Stent, Schrittmacher, Neurostimulator), Pneumothorax und/oder chronische Lungenerkrankung.	Ja ☐*	Nein ☐
Asthma, Keuchen, schwere Allergien, Heuschnupfen oder verstopfte Atemwege innerhalb der letzten 12 Monate, die meine körperliche Aktivität/ Training einschränken.	Ja ☐*	Nein ☐
Ein Problem oder eine Krankheit, die mein Herz betrifft, wie z.B.: Angina pectoris, Brustschmerzen bei Anstrengung, Herzinsuffizienz, Immersions-Lungenödem, Herzinfarkt oder Schlaganfall, ODER ich nehme Medikamente gegen eine Herzerkrankung ein.	Ja ☐*	Nein ☐
Wiederholt Bronchitis und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert.	Ja ☐*	Nein ☐
Symptome innerhalb der letzten 30 Tage, die meine Lungen, Atmung, Herz und/oder Blut betrafen und meine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigt haben.	Ja ☐*	Nein ☐

KASTEN B – ICH BIN ÜBER 45 JAHRE ALT UND:		
Derzeit rauche oder inhaliere ich Nikotin mit anderen Mitteln.	Ja ☐*	Nein ☐
Ich habe einen hohen Cholesterinspiegel.	Ja ☐*	Nein ☐
Ich habe hohen Blutdruck.	Ja ☐*	Nein ☐
Ich hatte einen plötzlichen Tod eines nahen Blutsverwandten oder eine Herzkrankheit oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Lebensjahr ODER ich habe eine familiäre Vorgeschichte mit Herzkrankheiten vor dem 50. Lebensjahr (einschließlich abnormaler Herzrhythmen, koronarer Herzkrankheit oder Erkrankung des Herzmuskels).	Ja ☐*	Nein ☐

KASTEN C – ICH HABE/HATTE:		
Innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation der Nasennebenhöhlen.	Ja ☐*	Nein ☐
Ohrkrankheit oder Ohrchirurgie, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen.	Ja ☐*	Nein ☐
Wiederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja ☐*	Nein ☐
Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monate.	Ja ☐*	Nein ☐

KASTEN D – ICH HABE/HATTE:		
Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja ☐*	Nein ☐
Anhaltende neurologische Verletzung oder Erkrankung.	Ja ☐*	Nein ☐
Wiederkehrende Migränekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung.	Ja ☐*	Nein ☐
Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja ☐*	Nein ☐
Epilepsie, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern.	Ja ☐*	Nein ☐

KASTEN E – ICH HABE/HATTE:		
Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja ☐*	Nein ☐
Schwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja ☐*	Nein ☐
Es wurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung oder besondere Unterbringung erfordert.	Ja ☐*	Nein ☐
Eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste.	Ja ☐*	Nein ☐

KASTEN F – ICH HABE/HATTE:		
Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken.	Ja ☐*	Nein ☐
Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja ☐*	Nein ☐
Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja ☐*	Nein ☐
Einen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt.	Ja ☐*	Nein ☐
Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja ☐*	Nein ☐

KASTEN G – ICH HATTE:		
Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung.	Ja ☐*	Nein ☐
Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte.	Ja ☐*	Nein ☐
Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja ☐*	Nein ☐
Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD).	Ja ☐*	Nein ☐
Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.	Ja ☐*	Nein ☐
Adipositas Operationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja ☐*	Nein ☐

*Ärztliche Beurteilung erforderlich (siehe Seite 1).

© 2020

GESUNDHEITSERKLÄRUNG – TAUCHEN UND COVID-19

Hier finden Sie die Vorlage einer Gesundheitserklärung. Tauchbasen und -profis können diese Gesundheitserklärung übernehmen und Ihren Kunden und Tauchschülern vor Beginn der Tauchaktivitäten vorlegen.
Diese Formular ist nicht als Ersatz für den medizinischen Fragebogen (UHMS 2020) gedacht, sondern ergänzt diesen um spezifische Informationen im Hinblick auf Covid-19.Das medizinische Team von DAN Europe hat diesen Fragebogen auf Grundlage der zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Informationen entwickelt. Da sich die epidemiologische Lage ständig entwickelt, unterliegt dieses Dokument Veränderungen und Aktualisierungen. Bitte achten Sie darauf, immer die aktuelle Fassung zu verwenden. Diese ist unter www.daneurope.org erhältlich.

Bitte lesen Sie dieses Dokument sorgfältig, bevor Sie unterschreiben. Vor Beginn eines Tauchkurses oder anderer Tauchaktivitäten müssen Sie durch Ausfüllen dieses Formulars Ihre Tauchtauglichkeit bestätigen. Bei minderjährigen Teilnehmern ist zusätzlich die Unterschrift eines Elternteils oder Erziehungsberechtigten erforderlich.

ICH ERKLÄRE HIERMIT:

Dass ich derzeit nicht unter für eine Infektion mit SARS-CoV2 typischen Symptomen leide, wie beispielsweise: Körpertemperatur ≥ 37.5°C, Husten, raue Kehle, Schnupfen, Schwächegefühl, Atemnot, Muskelschmerzen, Durchfall, Geruchs- und/oder Geschmacksverlust, Atemnot, Lungeninfektion, Kopfschmerz

WENN SIE NOCH NIE AN COVID-19 ERKRANKT WAREN

☐ Ich wurde in den letzten 6 Monaten gegen SARS-CoV-2 geimpft

▶ *Es liegen keine besonderen Gründe vor, nicht zu Tauchen*

☐
- ch wurde in den vergangenen 6 Monaten nicht gegen SARS-CoV-2 geimpft
- Ich hatte in der vergangenen Woche keinen direkten oder engen Kontakt zu einer positiv auf Covid-19 getesten Person

▶ *Es liegen keine besonderen Gründe vor, nicht zu Tauchen*

☐
- Ich wurde in den vergangenen 6 Monaten nicht gegen SARS-CoV-2 geimpft
- Ich hatte in der vergangenen Woche direkten oder engen Kontakt zu einer positiv auf Covid-19 getesten Person

▶ *Bitte legen Sie einen negativen Befund eines PCR-Tests auf SARS-CoV2 vor. Der Test darf nicht länger als 48 Stunden zurückliegen*

WENN SIE IN DEN VERGANGENEN 18 MONATEN MINDESTENS EINMAL AN COVID-19 ERKRANKT WAREN

☐
- Ich habe mich kürzlich (in den letzten 90 Tagen) mit Covid-19 angesteckt und hatte einen leichten, grippeähnlichen Verlauf ohne Beteiligung der Lunge
- Ich habe mich bereits einer Tauchtauglichkeitsuntersuchung unterzogen

▶ *Es liegen keine besonderen Gründe vor, nicht zu Tauchen*

☐
- Ich habe mich vor längerer Zeit (über 90 Tage) mit Covid-19 angesteckt
- Ich habe mich bereits einer Tauchtauglichkeitsuntersuchung unterzogen
- Ich habe in den letzten 6 Monaten eine oder zwei Dosen Impfstoff erhalten

▶ *Es liegen keine besonderen Gründe vor, nicht zu Tauchen*

☐
- Ich habe mich vor längerer Zeit (über 90 Tage) mit Covid-19 angesteckt)
- Ich habe mich bereits einer Tauchtauglichkeitsuntersuchung unterzogen
- Ich bin nicht geimpft
- Ich hatte in der vergangenen Woche direkten oder engen Kontakt zu einer positiv auf Covid-19 getesten Person

▶ *Bitte legen Sie einen negativen Befund eines PCR-Tests auf SARS-CoV2 vor. Der Test darf nicht länger als 48 Stunden zurückliegen*

☐ Ich habe mich mit Covid-19 angesteckt und habe danach keine Tauchtauglichkeitsuntersuchung absolviert

▶ *Wir empfehlen Ihnen dringend, sich einer Tauchtauglichkeitsuntersuchung zu unterziehen, bevor Sie wieder mit dem Tauchen anfangen. Bitte legen Sie den Befund diesem Formular bei.*

Haben Sie bereits eine oder zwei Dosen Impfstoff erhalten? | Haben Sie in den letzten 48 Stunden einen Covid-Test gemacht? | Oder sind Sie nach einer Covid-Erkrankung wieder genesen?

>> *Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei, entweder ausgedruckt oder in digitaler Form.*

- Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben zu meinem Gesundheitszustand nach bestem Wissen und Gewissen den Tatsachen entsprechen. Ich nehme zur Kenntnis, dass Auslassungen in den Angaben zu meinem Gesundheitszustand oder meiner Krankengeschichte zu meinen Lasten gehen.
- Ich verpflichte mich außerdem, Name des Tauchlehrers oder der Tauchbasis zu informieren, wenn ich zu einem späteren Zeitpunkt nach dem Ausfüllen dieser Erklärung Symptome zeige oder mit einer positiv auf Covid-19 getesteten Person in Kontakt bin.
- Ich bin damit einverstanden, auf Verlangen bei allen von Name des Tauchlehrers oder der Tauchbasis organisierten Aktivitäten einen Mund-Nase-Schutz zu tragen und alle von Name des Tauchlehrers oder der Tauchbasis oder den zuständigen Behörden verlangten Schutzmaßnahmen einzuhalten.
- Ich verpflichte mich, den Anweisungen von Name des Tauchlehrers oder der Tauchbasis bezüglich des Einhalten von Vorschriften zur Vermeidung der Übertragung des Virus Folge zu leisten, einschließlich der Messung meiner Körpertemperatur vor meiner Teilnahme an Tauchaktivitäten.
- Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass Name des Tauchlehrers oder der Tauchbasis zum Nachweis der Sicherheit von Dritten, mit denen ich vor, während oder nach den Tauchaktivitäten in Kontakt war, den zuständigen Behörder oder anderen Dienstleistern vorlegen.

Vor- und Zuname _____ Datum _____

Name des Elternteils/ Erziehungsberechtigten (falls zutreffend) _____ Datum _____

Unterschrift _____

Unterschrift _____

MEDIZINISCHE EMPFEHLUNGEN

Covid-19 hat viele Gemeinsamkeiten mit anderen schweren viralen Lungenentzündungen, so dass vor Wiederaufnahme normaler Tätigkeiten eine Erholungszeit erforderlich sein kann. Dieser Vorgang kann je nach Schwere der Symptome Wochen oder Monate dauern (1).

TAUCHTAUGLICHKEIT NACH COVID (2, 3)

- Taucher, die positiv auf Covid-19 getestet wurden aber komplett asymptomatisch geblieben sein, sollten mindestens **EINEN Monat** lang warten, bevor sie sich einer Tauchtauglichkeitsuntersuchung durch einen qualifizierten Taucharzt unterziehen.
- Taucher, die symptomatisch an Covid-19 erkrankt sind, sollten mindestens **DREI Monate** lang warten, bevor sie sich einer Tauchtauglichkeitsuntersuchung durch einen qualifizierten Taucharzt unterziehen.
- Taucher, die wegen Covid-19 mit Lungensymptomen in ein Krankenhaus eingeliefert wurden, sollten mindestens **DREI Monate** lang warten, bevor sie sich einer Tauchtauglichkeitsuntersuchung durch einen qualifizierten Taucharzt unterziehen. Die Untersuchung sollte eine vollständige Evaluierung der Atemfunktion beinhalten (mindestens FVC, FEV1, PEF25-50-75, RV, FEV1/FVC, Belastungstest mit Messung der peripheren Sauerstoffsättigung), sowie einen hochauflösenden CT-Scan der Lunge..
- Taucher, die wegen Covid-19 mit Herz-Kreislaufsymptomen in ein Krankenhaus eingeliefert wurden, sollten mindestens **DREI Monate** lang warten, bevor sie sich einer Tauchtauglichkeitsuntersuchung durch einen qualifizierten Taucharzt unterziehen. Die Untersuchung sollte ein EKG und ein Belastungs-EKG enthalten.

TAUCHTAUGLICHKEIT NACH IMPFUNG

In der von der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) im Rahmen der Prüfung von Impfstoffen bereitgestellten Dokumentation wird festgestellt, dass es nach einer Impfung zu adversen Reaktionen kommen kann.

Solche Reaktionen sind allgemein mild und bei Impfungen jeglicher Art nicht ungewöhnlich, z. B. Kopfschmerz, erhöhte Temperatur, Übelkeit, Schmerzen an der Injektionsstelle, Schwindelgefühl, Störungen des Magen-Darm-Trakts, Schwellung der Lymphknoten, thromboembolische Vorfälle. Nebenwirkungen treten gemeinhin innerhalb von 12 bis 48 Stunden nach der Impfung ein und können in einzelnen Fällen bis zu 7 Tage andauern. Schwere Nebenwirkungen wie z. B. anaphylaktischer Schock sind glücklicherweise extrem selten, wurden jedoch bei Personen mit mehreren Allergien beobachtet. Schwere Nebenwirkungen treten generell innerhalb von 30 Minuten nach der Impfung ein. Nach der zweiten Impfdosis waren Nebenwirkungen häufiger zu beobachten.

Obwohl die bei weitem überwiegende Mehrheit der Nebenwirkungen bisher leicht sind und die Sicherheit zugelassener Impfstoffe in keiner Weise in Frage stellen, besteht die Möglichkeit, dass solche Nebenwirkungen durch die Umstände des Tauchens, z. B. Immersion, Druck, und hypoxische/hyperoxische Umgebungen, verstärkt werden. Darüber hinaus kann es sein, dass immunologische Auswirkungen der Covid-19-Impfung zeitweise das Risiko tauchbedingter Krankheiten erhöhen. In Taucherkreisen kursierende Anekdoten von Symptomen der Dekompressionskrankheit (DCI) nach planmäßig verlaufenen Tauchgängen im in Bezug auf DCI sicheren Bereich haben bei manchen Personen Besorgnis erregt.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegen keine Daten vor, die darauf hinweisen würden, dass das Tauchen Einfluss auf die Schwere einer Impfreaktion haben oder die Leistungsfähigkeit von Tauchern in Bezug auf Sicherheit einschränken könnte. Vor dem Hintergrund, dass es sich bei diesen Impfstoffen um neue pharmakologische Produkte handelt, und um sicher zu stellen, dass die oben beschriebenen Nebenwirkungen die Ausübung sicherheitsrelevanter Aufgaben nicht beeinträchtigt, möchten wir Taucher jedoch auf die Informationen und Richtlinien von WHO, EMA, und ECDC u Covid-19-Impfungen hinweisen (siehe Verweise) und diese um folgende spezifische Ratschläge ergänzen:

- Angesichts der Notwendigkeit, die Covid-19-Pandemie so schnell wie möglich zu beenden oder zumindest unter Kontrolle zu bringen, und angesichts des Umstands, dass Impfungen gegenwärtig den einzig gangbaren Weg zu diesem Ziel darstellen, **empfehlen wir allen Menschen dringend, sich gegen Covid-19 impfen zu lassen**, sobald ihnen nach dem staatlichen Impfplan ein Impfstoff zur Verfügung steht.
- **Taucher sollten nach Empfang jeder Impfdosis 7 Tage lang warten,** bevor sie bevor sie wieder mit dem Geräte- oder Apnoetauchen beginnen.
- **Diese Pause sollte auf 14 Tage verlängert werden**, wenn der Taucher oder die Taucherin
    a. Nach der Impfung Nebenwirkungen erfahren hat, die länger als 48 Stunden anhielten
    b. Persönlichen Riskofaktoren ausgesetzt ist, wie zum Beispiel:
        i. Starkes Übergewicht
        ii. Chronische Stoffwechselerkrankungen (einschließlich Diabetes)
        iii. Rauchen
        iv. Einnahme von Medikamenten, die das Risiko thromboembolischer Vorfälle erhöhen (einschließlich oral eingenommener Verhütungsmittel)
        v. Sonstige oder mehrere der obigen Risikofaktoren
    c. Tauchgänge durchführen möchte, die spezifische technische Fertigkeiten erfordern oder die die Grenzen des Sporttauchens innerhalb der Nullzeit überschreiten (technisches Tauchen, tiefe Dekompressionstauchgänge)
- Tauchern wird empfohlen, **bei Nebenwirkungen, die länger als 48 Stunden nach der Covid-19-Impfung anhalten, ihren Hausarzt zu konsultieren**.
- Falls in der Folge von augenscheinlich unriskanten Tauchgängen innerhalb von 7 Tagen nach einer Covid-19-Impfung mögliche Symptome einer tauchbezogenen Erkrankung eintreten, **sollte ein Tauchmediziner zu Rate gezogen werden**. Wir bitten alle Taucher, lokale Tauchverbände und wissenschaftliche Gesellschaften, derartige Fälle umgehend der medizinischen Abteilung von DAN Europe zu melden, erreichbar unter medical@daneurope.org
- Da eine Impfung gegen Covid-19 nicht vollständig gegen die Möglichkeit der Übertragung des SARS-CoV2-Virus auf andere Personen schützt, **sind Schutzmaßnahmen (Abstand, Maske, Hygiene) auch nach einer Impfung unbedingt weiter einzuhalten**.

Verweise

(1) European Centre for Disease Prevention (ECDC) - Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment plans in the EU/EEA.
(2) ECDC - COVID-19 vaccination and prioritisation strategies in the EU/EEA.
(3) European Medicines Agency (EMA) - Comirnaty EPAR -public assessment report
(4) EMA - Comirnaty - Procedural steps taken and scientific information after the authorisation.
(5) EMA - COVID-19 vaccine Moderna- EPAR-public assessment report.
(6) EMA - COVID-19 vaccine AstraZeneca - EPAR-public assessment report
(7) World Health Organization (WHO) - Guidance on developing a national deployment and vaccination plan for COVID-19 vaccines.
(8) WHO COVID-19 vaccines technical documents.

VERSION: 01.07.2021