

TRY SCUBA AND TRY SCUBA DIVING RECORD CARD

PERSÖNLICHE DATEN

Name _____

Straße _____ Stadt _____

Staat _____ PLZ _____ Land _____

Geburtsdatum _____ Männlich / Weiblich _____ Telefon _____ Telefon _____

E-Mail Adresse _____

Dive Professional Name (DRUCKBUCHSTABEN) _____ Dive Professional Nummer _____

BEI EINEM NOTFALL BITTE KONTAKTIEREN:

Name _____

Verwandtschaftsgrad _____ Telefon _____ Telefon _____

Straße _____ Stadt _____

Staat _____ PLZ _____ Land _____

EINWILLIGUNG ZUR DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Ich verstehe und bin damit einverstanden, dass SSI meine persönlichen Daten, die ich während der Dive Professional Aus-/Weiterbildung angegeben habe, zum Zweck der Tauchausbildung und zur Bestätigung der Zertifizierung speichert. Dazu gehören u.a., aber nicht ausschließlich, Name, Adressinformationen, E-Mail Adresse, Foto, Geburtsdatum, Telefonnummer, Brevetkarten und die Zertifizierungsnummern. Diese persönlichen Daten werden in der SSI Datenbank „ODIN“ gespeichert. SSI wird alle nötigen Maßnahmen zum Schutz der Daten ergreifen. SSI wird mir per E-Mail einen Usernamen und ein Passwort, sowie weitere Informationen zum Thema Tauchen zusenden, und mir ermöglichen auf die SSI Datenbank zuzugreifen um sicherzustellen, dass meine darin enthaltenen persönlichen Daten korrekt, aktuell und vollständig sind. Ich autorisiere SSI, autorisierte SSI Tochtergesellschaften und SSI Niederlassungen zur Überprüfung meiner Zertifizierung auf meine Daten zurückzugreifen.

Unterschrift erforderlich _____ Datum _____

Signature Of Parents Or Guardians Where Applicable _____ Datum _____

STARTE DEIN ABENTEUER!

Werde SSI Open Water Diver

Tauchen ist die schönste Sportart, die man sich vorstellen kann Tauchen macht jedem Spaß, unabhängig von Ihrem Alter, Ihren Möglichkeiten oder Ihrer Abenteuerlust Es ist Perfect für Familien, Paare und Singles Sprechen Sie mit Ihrem Instructor um sich für einen Tauchkurs einzutragen und tauchen zu gehen wann immer Sie möchten. Oder suchen Sie nach einer SSI Tauchscheule in Ihrer Nähe auf www.divessi.com

SSI TRY SCUBA MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Bitte vor dem Unterschreiben sorgfältig durchlesen

Der Zweck dieses medizinischen Fragebogens ist, herauszufinden, ob Sie vor Ihrer Tauchausbildung von einem Arzt untersucht werden müssen. Eine mit "JA" beantwortete Frage schließt Sie nicht unbedingt vom Tauchen aus. Sie bedeutet lediglich, dass es einen bestehenden medizinischen Zustand gibt, der die Sicherheit beim Tauchen beeinflussen kann, und Sie Ihren Arzt aufsuchen müssen, bevor Sie mit Tauchaktivitäten beginnen.

Tauchen ist eine aufregende und fordernde Aktivität. Bei korrektem Verhalten und Anwenden der richtigen Tauchtechniken ist es ein sehr sicherer Sport. Wenn jedoch die bestehenden Sicherheitsregeln nicht befolgt werden, treten Gefahren auf. Der Tauchsport kann in gewissen Situationen sehr anstrengend sein. Um sicher zu tauchen oder Freediving auszuüben, dürfen Sie nicht extrem übergewichtig oder untrainiert sein.

Um sicher tauchen zu können müssen Ihre Lunge, Atemwege, Nebenhöhlen und Ihr Kreislauf gesund sein. Das bedeutet das alle luftgefüllten Hohlräume des Körpers normal sein müssen. Eine Person mit Herzproblemen, Erkältung, Magen-Darm-Problemen, Epilepsie, Asthma oder anderen ernstzunehmenden gesundheitlichen Problemen, oder die unter dem Einfluss von Medikamenten, Betäubungsmitteln oder Alkohol steht, sollte nicht tauchen. Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, konsultieren Sie vor der Kursteilnahme einen Arzt und Ihren Dive Professional. Wenn beim Ausfüllen dieses medizinischen Fragebogens, oder der Erklärung zum Gesundheitszustand Fragen auftreten, besprechen Sie diese mit Ihrem Instructor.

Sie werden während der Ausbildung von Ihrem Instructor die wichtigsten Sicherheitsregeln betreffend Atmung und Druckausgleich erlernen müssen. Falsche Verwendung der Ausrüstung kann zu ersten Verletzungen führen. Deshalb müssen Sie unter direkter Überwachung und Betreuung eines qualifizierten Instructors den sicheren Gebrauch der Ausrüstung erlernen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem medizinischen Zustand mit einem JA oder einem NEIN. Sind Sie nicht sicher, antworten Sie mit JA. Trifft irgendeine Frage auf Sie zu, müssen wir darauf bestehen, dass Sie sich vor dem Tauchen ärztlich untersuchen lassen. Ihr Instructor wird Ihnen ein Formular 'Medizinische Erklärung und Richtlinien zur körperlichen, ärztlichen Untersuchung von Tauchern' mitgeben, dass Sie Ihrem Arzt aushändigen können.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Haben oder hatten Sie Operation(en) an Ohren oder Nebenhöhlen? | <input type="checkbox"/> Haben oder hatten Sie jemals einen Pneumothorax (kollabierte Lunge) oder Operationen im Brustbereich? | <input type="checkbox"/> Haben oder hatten Sie Angina, Hohen Blutdruck oder nehmen Sie Medikamente dagegen? |
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie gerade an einer Erkältung, Blockade der Nebenhöhlen, Nebenhöhlenentzündung oder Bronchitis? | <input type="checkbox"/> Haben Sie Asthma oder hatten Sie ein Emphysem oder Tuberkulose? | <input type="checkbox"/> Sind Sie älter als 45 und gab es in Ihrer Familie Fälle von Herzinfarkt und/oder Schlaganfall? |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie im Moment Ohrenprobleme? | <input type="checkbox"/> Nehmen Sie im Moment Medikamente ein die zur Beeinträchtigung ihrer geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit führen, oder führen könnten? | <input type="checkbox"/> Leiden Sie unter Blutungen oder andere Blutstörungen? |
| <input type="checkbox"/> Ohrenentzündung? | <input type="checkbox"/> Haben Sie Verhaltensstörungen, mentale oder psychologische Probleme oder Erkrankungen des Nervensystems? | <input type="checkbox"/> Haben Sie Diabetes? |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Ohren? | <input type="checkbox"/> Könnte es sein, dass Sie schwanger sind? | <input type="checkbox"/> Leiden oder litten Sie jemals an Ohnmachtsanfällen (totaler/teilweiser Verlust des Bewusstseins), Epilepsie, Krämpfe, Zuckungen oder nehmen Medikamente dagegen? |
| <input type="checkbox"/> Hörverlust? | <input type="checkbox"/> Hatten Sie jemals einen Darmverschluss? | <input type="checkbox"/> Haben oder hatten Sie Probleme an Rücken, Armen oder Beinen nach Operation, Verletzung oder Bruch? |
| <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen? | <input type="checkbox"/> Haben oder hatten Sie Herzkrankheiten? Herzinfarkt? | <input type="checkbox"/> Hatten Sie jemals Platzangst und damit verbundene Panikattacken, (Angst vor geschlossenen oder freien Räumen)? |
| <input type="checkbox"/> Hatten Sie in der Vergangenheit Probleme mit der Atmung oder den Atemwegen? | <input type="checkbox"/> Schwerer Heuschnupfen? | |
| <input type="checkbox"/> Allergien? | <input type="checkbox"/> Angina, Operation am Herzen oder an den Blutgefäßen? | |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen? | | |

Die von mir gemachten Angaben zu meinem medizinischen Zustand sind akkurat und nach bestem Wissen erfolgt. Ich übernehme die Verantwortung für lückenhafte oder unterlassene Angaben, falls ich versäumt haben sollte, vergangene oder gegenwärtige Gesundheitszustände zu erwähnen.

Unterschrift _____ Datum (TT/MM/JJ) _____

Unterschrift Elternteil/Erziehungsberechtigter _____ Datum (TT/MM/JJ) _____