

Wichtig! Bitte aufmerksam lesen!

Freitauchen ist ein anstrengender Sport, der maßgeblich unter Wasser ausgeübt wird. Unter gegebenen Umständen entsteht bei der Ausübung dieses Sportes das Risiko sich zu verletzen. Dieses Risiko ist bedeutend höher, wenn gewisse Vorerkrankungen vorliegen. Vorerkrankungen die über Wasser (auch bei großer Anstrengung) keinen Einfluss auf Sicherheit und Wohlbefinden haben, können unter Wasser sehr gefährlich werden. AIDA International und **Apnea College International** verwenden deshalb diesen Fragebogen, um mögliche Vorerkrankungen zu benennen und auszuschließen. Eine nicht ausreichende Prüfung Deines Gesundheitszustands kann Deine Gesundheit, Deine Sicherheit, aber auch die Sicherheit der Personen, mit denen Du in Zukunft tauchen wirst, gefährden.

Zweck dieses Fragebogens ist es, herauszufinden ob zum Freitauchen für Dich eine medizinische Untersuchung durch einen Arzt notwendig ist. Wird eine der untenstehenden Fragen mit „Ja“ beantwortet, so schließt dies nicht zwangsläufig die Eignung zum Freitauchen aus. Allerdings zeigt dies eine Vorbelastung des Gesundheitszustandes, die Deine Sicherheit beim Freitauchen gefährden könnte. In diesem Fall muss ein Arzt konsultiert werden. Der Arzt muss dann dieses Formular unterschreiben und bestätigen, dass keine Erkrankungen vorliegen, die mit dem Freitauchen unvereinbar sind.

Beantworte folgende Fragen durch Ankreuzen mit „JA“ oder „NEIN“ Solltest Du Dir unsicher sein, so beantworte die Frage mit „JA“!

	JA	NEIN
1 NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN: Epileptische Anfälle, Gehirnschläge, Schlaganfälle, Episoden von Ohnmachtsanfällen, schwere Migräneanfälle oder Aneurysmen im Gehirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ERKRANKUNGEN DES HERZ-KREISLAUF-SYSTEMS: Herzanfälle, Operationen am Herzen in der Vergangenheit, Herzrhythmusstörungen, chronisch erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ERKRANKUNGEN DER LUNGE: Pneumothorax, Emphyseme oder sonst. die Atmung beeinflussende Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ERKRANKUNGEN DES OHRS: Chronisch perforiertes Trommelfell, Trommelfellriss in der Vergangenheit, eingeschränktes Hörvermögen, oder Verlust des Hörvermögens in einem oder beiden Ohren, Operationen am Ohr in der Vergangenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ERKRANKUNGEN DER NEBENHÖHLEN: Tumore, Polypen, oder Zysten in den Nebenhöhlen, Operationen an den Nebenhöhlen in der Vergangenheit, chronische Nebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ASTHMA: Akute Asthmaanfälle oder Asthma in der Vergangenheit, übermäßiges Keuchen / Pfeifen beim Atmen während Anstrengungen oder Aufregungen. Dauereinnahme von Medikamenten oder Benutzung eines Inhalators	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 DIABETES MELLITUS: Insbesondere Typ I Diabetes (Insulingabe), oder Typ II Diabetes, die regelmäßige Gabe von Insulin bzw. Medikamenten erfordert. Jede Form von Diabetes, die Instabil ist und Hyper / Hypoglykämien hervorruft, oder die Nieren / Augen / Herz / Gefäßsystem beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 SCHWANGERSCHAFT: Falls solche vorliegt, oder unmittelbar geplant ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 TAUCHUNFÄLLE: Dekompressionsunfälle, Dekompressionskrankheiten oder Barotraumata in der Vergangenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 MEDIKAMENTE: Regelmäßige Einnahme von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ALLGEMEINE GESUNDHEITLICHE PROBLEME: Jegliche physische oder psychische Leiden, die noch nicht erwähnt wurden, jedoch Einfluss auf die Sicherheit unter Wasser haben könnten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich versichere, obige Fragen ehrlich und nach bestem Wissen beantwortet zu haben.

Ort + Datum

Name des Teilnehmers

Unterschrift des Teilnehmers

Bei Minderjährigen:

Name des Erziehungsberechtigten

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

ANHANG ZUR MEDIZINISCHEN SELBSTAUSKUNFT



VON EINEM ARZT AUSZUFÜLLEN (Falls eine der Fragen auf dem Bogen „MEDIZINISCHE SELBSTAUSKUNFT mit „JA“ beantwortet wurde)

- () Aus medizinischer Sicht kann ich nichts feststellen, was ich mit dem Freitauchsport als unvereinbar erachte.
- () Aus medizinischer Sicht kann ich diese Person nicht für den Freitauchsport empfehlen.

ggf. Stempel des unterzeichnenden Arztes

Adresse / Tel. des unterzeichnenden Arztes

Straße / Hausnr.

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das vollständig ausgefüllte und von

_____ unterzeichnete Formular gelesen habe.

Ort + Datum

Name des Arztes

Unterschrift des Arztes