



INSTRUCTOR ANTRAG

OFFICE USE ONLY	
# -	_____
Cert. Date	_____
By	_____

HINWEIS: Um sich in einen PADI IDC einzuschreiben, müssen alle Antragsteller als PADI Divemaster oder PADI Assistant Instructor brevetiert sein oder über eine Brevetierung auf Leadership-Level einer anderen Ausbildungsorganisation für Sporttaucher verfügen. Alle Kandidaten müssen zu ihrer Ausbildungsorganisation in gutem Verhältnis stehen. Schicke alle verlangten Unterlagen mit entsprechender Anzahlung an dein PADI Five Star Career Development Center, PADI Instructor Development Center oder deinen PADI Course Director.

KREUZE 1x AN

<input type="checkbox"/> Career Development Center	Store Number S- _____
<input checked="" type="checkbox"/> Five Star Instructor Development Center	Store Number S- <u>75</u>
<input type="checkbox"/> Five Star Instructor Development Dive Resort	Store Number S- _____
<input type="checkbox"/> Career-Oriented College Diving Program IDC	<input type="checkbox"/> Alternate Location IDC

DRUCKSCHRIFT, BITTE Bitte ankreuzen, falls Adressenänderung, die bei PADI erfasst werden soll.

Name _____ PADI No. _____
Vorname Nachname

Postalische Adresse _____

Stadt _____ Bundesland/Kanton _____

Land _____ Postleitzahl _____ Bevorzugte Sprache _____

Tel. Privat (_____) _____ Tel. Geschäft (_____) _____

E-Mail _____ Geburtsdatum _____ Alter _____
Tag/Monat/Jahr

Geschlecht: M W Beruf _____

BESTÄTIGUNG DEINER TAUCHERFAHRUNG

Ich bin seit mindestens 6 Monaten brevetierter Taucher und habe mindestens 60 geloggte Tauchgänge, was vom PADI Course Director bei der Kurseinschreibung verifiziert werden muss.

ATTEST Dem Antrag muss ein aktuelles ärztliches Attest beigelegt sein (verwende das PADI Formular „Ärztliches Attest“). **Das Attest muss bestätigen, dass du zum Gerätetauchen fit bist**, es muss von einem Arzt unterschrieben und datiert sein, der nicht der Antragsteller selbst ist, und es darf zum Abschluss der Instructor Examination nicht älter als 12 Monate sein.

BREVETIERUNGSINFORMATIONEN Fülle bitte die Rückseite des Antrags aus.

Ich melde mich als IDC Kandidat für folgenden Kurs an: **Beginn** 09/10/2020 **Ende** 18/10/2020
Tag/Monat/Jahr Tag/Monat/Jahr

Kursort Germany, Darmstadt Aquanaut Tauchzentrum, Darmstadt Store No. S - 75
(Ort - Land/Stadt) (Dive Center/Alternate Location/College)

Ich verstehe und akzeptiere, dass eine strafrechtliche Verurteilung wegen des Missbrauchs einer minderjährigen Person oder wegen des sexuellen Missbrauchs einer erwachsenen Person während oder vor Beginn meiner PADI Mitgliedschaft automatisch Grund für die Ablehnung oder Beendigung meiner PADI Mitgliedschaft ist. Ich bestätige hiermit, dass all meine Angaben nach bestem Wissen wahr und richtig sind.

Unterschrift Kandidat Datum Tag/Monat/Jahr

ZAHLUNGSART

Preise siehe aktuelle Preisliste:

MasterCard VISA American Express
 Discover Card JCB
 Scheck/Banküberweisung No.* _____

***Scheck/Banküberweisung muss zugunsten des PADI Regionalsitzes ausgestellt sein, an den der Antrag geschickt wird, und in entsprechender Währung erfolgen.**

Kartenummer _____

Gültig bis _____

Name Karteninhaber _____

DRUCKSCHRIFT, bitte

Autorisierte Unterschrift _____

Ja! Ich möchte die automatische Erneuerung meiner PADI Mitgliedschaft

ZAHLUNG WIE OBEN ANGEGEBEN

BREVET-OPTIONEN

PADI Standard Brevet (keine zusätzliche Gebühr)
 Unterstütze den Umweltschutz mit einer Project AWARE Version deines PADI Brevets:

Project AWARE Brevet _____
 (Gib bitte den Betrag deiner Spende an. Kontaktiere bitte deinen PADI Regionalsitz, welches Minimum für die Brevetierung erforderlich ist.)

SCHICKE DEN ANTRAG AN -

deinen PADI Regionalsitz
 Adresse siehe aktuelle Preisliste oder besuche padi.com

BITTE HIER NICHTS EINTRAGEN	
Date	_____
Amount	_____

HINWEIS FÜR DEN COURSE DIRECTOR: Schicke diesen Antrag mit der entsprechenden Gebühr und allen erforderlichen Kandidatenunterlagen an deinen PADI Regionalsitz. Gebühr siehe aktuelle PADI Preisliste.

INFORMATION ZU BREVETS – Füge Fotokopien aller qualifizierenden Brevets anderer Tauchausbildungsorganisationen bei. Bei Fragen kontaktiere bitte die Ausbildungsabteilung deines PADI Regionalsitzes.

Erstes Brevet: Stufe _____ Name der Organisation _____

Brevetierungsdatum _____ Brevet-Nr. _____
Tag/Monat/Jahr

Instructor Name _____ # _____

Dive Center/Resort Name _____ S- _____

Advanced Brevet: Stufe _____ Name der Organisation _____

Brevetierungsdatum _____ Brevet-Nr. _____
Tag/Monat/Jahr

Instructor Name _____ # _____

Dive Center/Resort Name _____ S- _____

Rescue Diver Brevet: Stufe _____ Name der Organisation _____

Brevetierungsdatum _____ Brevet-Nr. _____
Tag/Monat/Jahr

Instructor Name _____ # _____

Dive Center/Resort Name _____ S- _____

Emergency First Response Erstversorgung (Primary Care) und Zweitversorgung (Secondary Care)

Kursabschlussdatum _____ Zertifikat-Nr. _____
Tag/Monat/Jahr

Instructor Name _____ # _____

Dive Center/Resort Name _____ S- _____

(Hinweis: Die Ausbildung darf nicht länger als 24 Monate zurückliegen. Falls für EFR Äquivalenzen vorgelegt werden, füge bitte entsprechende Nachweise für HLW und Erste Hilfe bei.)

PADI Divemaster Brevet: Brevetierungsdatum _____ PADI No. DM- _____
Tag/Monat/Jahr

Instructor Name _____ # _____

Dive Center/Resort Name _____ S- _____

PADI Assistant Instructor Brevet: Brevetierungsdatum _____ PADI No. AI- _____
Tag/Monat/Jahr

Instructor Name _____ # _____

Dive Center/Resort Name _____ S- _____

Leadership Brevet: Stufe _____ Name der Organisation _____

Brevetierungsdatum _____ Brevet-Nr. _____
Tag/Monat/Jahr

Instructor/Trainer _____ # _____

HLW Zertifikat Datum _____ Erste Hilfe Zertifikat Datum _____
Tag/Monat/Jahr Tag/Monat/Jahr

Hinweis: Um von einer anderen Organisation an einem PADI OWSI Programm teilzunehmen, muss man seit mindestens 6 Monaten brevetierter Tauchlehrer sein und für die Teilnahme an einem IDC oder OWSI Programm zu seiner Organisation in gutem Verhältnis stehen. Provisorische Instructor-Stufen sind nicht akzeptabel.

CHECKLISTE

- Antrag vollständig
- Ärztliches Attest, von Arzt unterschrieben (max. 12 Monate)**
- Fotokopien aller nicht-PADI Brevets (beide Seiten)*
- Unterschriften
- Passbild beigelegt
- Anzahlung an Instructor Development Center oder Course Director
- Gebühr siehe Preisliste

* Ist bei IDC Abschluss vom PADI Course Director an zuständigen PADI Regionalsitz weiterzuleiten.

** Ist beim IE dem PADI Instructor Examiner auszuhändigen.

1x Passbild
 4,5 cm x 5,7 cm
 1¾" x 2¼" (ca.)
 Kopf und Schultern
**Name in
 DRUCKSCHRIFT
 auf Rückseite**
 Bild aus Fotoautomat OK
 Keine dunklen Brillengläser

Rec'd _____ Ent _____ Shp'd _____



GENERELLE AUSBILDUNGEN

(EU Version)

Bitte lesen Sie die folgenden Absätze aufmerksam durch und füllen Sie vor Ihrer Unterschrift die Leerstellen aus

Vereinbarung über die Bekanntgabe und Anerkennung der Nicht-Vertretung

Ich verstehe und erkläre mich damit einverstanden, dass PADI Mitglieder („Mitglieder“), einschliesslich **Aquanaut Tauchzentrum** und/oder irgendwelche PADI Instructors und Divemasters, die mit dem Programm befasst sind, an dem ich teilnehme, berechtigt sind, die verschiedenen PADI Markenzeichen zu verwenden und PADI Ausbildung durchzuführen, dass diese Mitglieder aber keine Vertreter, Mitarbeiter oder Franchisenehmer sind von PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc. oder deren Muttergesellschaft, Tochterunternehmen oder mit ihnen verbundenen Unternehmen („PADI“). Ich verstehe weiterhin, dass es sich bei den geschäftlichen Aktivitäten der genannten PADI Mitglieder um selbstständige Geschäftstätigkeiten handelt und sich diese weder in PADIs Eigentum befinden, noch von PADI betrieben werden, und dass PADI zwar die Standards für PADI Tauchausbildungsprogramme festsetzt, PADI aber nicht verantwortlich ist für die geschäftlichen Aktivitäten der Mitglieder; und ich verstehe auch, dass PADI nicht das Recht hat, die Geschäftstätigkeiten der Mitglieder, die alltägliche Durchführung von PADI Programmen und die Supervision von Tauchern durch die Mitglieder oder deren Mitarbeiter zu kontrollieren.

Erklärung der Risiken und der Haftung

Mit dieser Erklärung werden Sie über die Risiken des Tauchens ohne Gerät und des Sporttauchens informiert. Die Erklärung beinhaltet weiterhin die Umstände, unter denen Ihre Teilnahme an diesem Tauchprogramm auf Ihr eigenes Risiko stattfindet.

Ihre Unterschrift auf diesem Formular ist als Beleg erforderlich, dass Sie diese Erklärung verstanden und gelesen haben. Es ist wichtig, dass Sie den Inhalt dieser Erklärung durchlesen, bevor Sie Ihre Unterschrift leisten. Falls Sie irgendeinen Punkt dieser Erklärung nicht verstehen, besprechen Sie diesen bitte mit Ihrem Tauchlehrer. Sind Sie noch nicht volljährig, muss zudem ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter dieses Formular unterschreiben.

Warnung

Tauchen ohne Gerät und Sporttauchen sind mit Risiken verbunden, die zu ernststen Verletzungen oder zum Tod führen können.

Das Tauchen mit Pressluft ist mit bestimmten Risiken verbunden; Dekompressionskrankheit, Embolie oder andere druckbedingte Verletzungen, die eine Behandlung in einer Druckkammer erfordern, können eintreten. Freiwasser-Tauchausflüge, die zum Training und Erhalt des Brevets notwendig sind, können an einem Tauchplatz stattfinden, bei dem eine solche Druckkammer nicht schnell erreicht werden kann oder von dieser weit entfernt liegt oder beides. Tauchen ohne Gerät und Sporttauchen sind körperlich anstrengende Aktivitäten und Sie werden sich bei diesem Tauchprogramm anstrengen. Sie müssen wahrheitsgemäß und umfassend die Tauchprofis sowie das Unternehmen, von dem dieses Programm angeboten wird, über Ihren Gesundheitszustand informieren.

Übernahme des Risikos

Ich verstehe und erkläre mich damit einverstanden, dass weder die Tauchprofis, Michael Hackel-de Witt, die dieses Programm durchführen, noch das Unternehmen, von dem dieses Programm durchgeführt wird, Aquanaut Tauchzentrum, noch PADI EMEA Ltd. oder PADI Americas, Inc. oder ihre Tochterunternehmen oder mit Ihnen verbundene Gesellschaften oder deren Mitarbeiter, leitende Angestellte, Vertreter oder Bevollmächtigte irgendeine Verantwortung für Tod, Verletzung oder andere Schäden übernehmen, die ich erleide und die aus meinem eigenen Verhalten oder anderen Gründen oder Umständen resultieren, die meiner Kontrolle unterliegen und auf mein Mitverschulden zurückzuführen sind.

Liegt keine Fahrlässigkeit oder Pflichtverletzung vor, weder seitens der Tauchprofis, Michael Hackel-de Witt, die dieses Programm durchführen, noch seitens des Unternehmens, von dem dieses Programm durchgeführt wird, Aquanaut Tauchzentrum, noch seitens PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc. aller oben genannten Parteien, so erfolgt meine Teilnahme an diesem Tauchprogramm gänzlich auf mein eigenes Risiko.

HIERMIT BESTÄTIGE ICH, DASS ICH DIESE VEREINBARUNG ÜBER DIE BEKANNTGABE UND ANERKENNUNG DER NICHT-VERTRETUNG SOWIE DIE ERKLÄRUNG DER RISIKEN UND DER HAFTUNG ERHALTEN UND ALLE KLAUSELN GELESEN HABE, BEVOR ICH MEINE UNTERSCHRIFT GELEISTET HABE.

Name Teilnehmer/in (in Druckschrift)

Unterschrift Teilnehmer/in

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigter (wenn minderjährig)

Datum (Tag/Monat/Jahr)



Standard-Verfahren für sicheres Tauchen – Einverständniserklärung

Bitte vor dem Unterschreiben genau durchlesen.

Diese Erklärung informiert dich über die bestehenden und bewährten Verfahren für sicheres Tauchen beim Schnorchel- und Gerätetauchen. Deine Sicherheit und dein Wohlergehen beim Tauchen sollen sich durch deine Kenntnisnahme und Anerkennung dieser Verfahren erhöhen. Es ist erforderlich, dass du diese Erklärung unterschreibst, als Bestätigung, dass du dir dieser Verfahren für sicheres Tauchen bewusst bist. Lies und besprich diese Erklärung, bevor du sie unterschreibst. Falls du minderjährig bist, muss zudem ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter unterschreiben.

Ich, _____ (Name Teilnehmer/in) _____, verstehe, dass ich als Taucher folgendes beachten und befolgen sollte:

1. Geistig und körperlich fit sein und bleiben. Beim Tauchen den Einfluss von Alkohol oder gefährlichen Medikamenten vermeiden. Bezüglich meiner Tauchfertigkeiten in Übung bleiben, sie durch Weiterbildung verbessern und in kontrollierten Bedingungen auffrischen, wenn ich einmal längere Zeit nicht getaucht bin, mich anhand meiner Kursmaterialien auf dem Laufenden halten und wichtige Informationen auffrischen.
2. Mit meinen Tauchplätzen vertraut sein. Falls dies nicht der Fall ist, von qualifizierter Seite vor Ort eine Orientierung verschaffen. Falls die Bedingungen schlechter sind als es meiner Erfahrung entspricht, den Tauchgang verschieben oder einen anderen Tauchplatz mit besseren Bedingungen wählen. Meine Tauchaktivitäten auf meine Ausbildungsstufe und meine Erfahrung abstimmen. Nicht in Höhlen hineintauchen und kein technisches Tauchen (Tec Tauchen / Technical Diving) betreiben, wenn ich nicht speziell dafür ausgebildet wurde.
3. Nur mit kompletter, gut gewarteter, zuverlässiger und vertrauter Ausrüstung tauchen, diese vor jedem Tauchgang auf korrekten Sitz und Funktion prüfen. Beim Gerätetauchen über folgendes verfügen: Ein Tarierjacket, einen Inflator zur Kontrolle meiner Tarierung, ein Finimeter, eine alternative Luftversorgung und ein Instrument/Tauchtabellen zur Planung/Überwachung meines Tauchgangs (Tauchcomputer, RDP – je nachdem, womit ich ausgebildet wurde und umgehen kann). Tauchern, die nicht brevetiert (d. h. ohne Taucherausweis) sind, die Verwendung meiner Ausrüstung verweigern.
4. Tauchgangs-Vorbesprechungen („Briefing“) und -Anweisungen aufmerksam zuhören und Ratschläge derjenigen Personen befolgen, die für die Supervision meiner Tauchaktivitäten zuständig sind. Mir bewusst sein, dass zusätzliche Ausbildung empfohlen wird für spezielle Tauchaktivitäten, für das Tauchen in unbekanntem Gebieten und wenn ich länger als 6 Monate nicht getaucht bin.
5. Bei jedem Tauchgang das Partner-System („Buddy System“) praktizieren. Alle Tauchgänge mit dem Tauchpartner planen – einschließlich Kommunikation/Verständigung, Vorgehen im Fall einer Trennung vom Tauchpartner und Notfallmaßnahmen.
6. Die Tauchplanung beherrschen (mittels Tauchcomputer oder Tauchtabellen). Alle Tauchgänge unter Einbeziehung einer Sicherheitsmarge als Nullzeit-Tauchgänge durchführen. Über Instrumente zur Messung von Tiefe und Zeit unter Wasser verfügen. Die maximale Tiefe auf meine Ausbildungsstufe und meine Erfahrung abstimmen. Mit maximal 18 Metern / 60 Fuß pro Minute auftauchen. Ein „SAFE“ Taucher sein (**S**lowly **A**scend **F**rom **E**very dive) – d. h. nach jedem Tauchgang LANGSAM auftauchen und als zusätzliche Vorsichtsmaßnahme einen Sicherheits-Stopp auf 5 Meter / 15 Fuß für mind. 3 Minuten durchführen.
7. Auf gute Tarierung achten. An der Oberfläche das Tarierungsblei so anpassen, dass ohne Luft im Tarierjacket neutrale Tarierung besteht. Unter Wasser neutrale Tarierung aufrechterhalten. Beim Schwimmen und Ausruhen an der Oberfläche positiven Auftrieb herstellen. Leichter Zugang zum Tarierungsblei für ein schnelles Abwerfen, bei einer Notlage unter Wasser Auftrieb herstellen. Mindestens *ein* Oberflächen-Signalmittel mitführen (Signalboje, Pfeife, Signalspiegel).
8. Beim Tauchen richtig atmen. Beim Atmen von Pressluft niemals den Atem anhalten oder Sparatmung praktizieren, beim Schnorcheltauchen übermäßiges Hyperventilieren vermeiden. Überanstrengung im und unter Wasser vermeiden und innerhalb meiner Grenzen tauchen.
9. Wann immer möglich, ein Boot, einen Auftriebskörper o. ä. anderes zur Unterstützung an der Oberfläche nutzen.
10. Örtliche Tauchgesetze und -bestimmungen kennen und befolgen, einschließlich Fischerei- und Taucherflaggen-Gesetze.

Ich verstehe die Wichtigkeit und den Zweck dieser bestehenden und bewährten Verfahren. Mir ist bewusst, dass sie meiner eigenen Sicherheit und meinem Wohlergehen dienen und ich mich beim Tauchen in Gefahr bringen kann, wenn ich mich nicht daran halte.

Unterschrift Teilnehmer/in

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigter (bei Minderjährigen)

Datum (Tag/Monat/Jahr)



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 Lunge/Atmung, Herz, Blut oder wurde mit COVID-19 diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten A	Nein <input type="checkbox"/>
2	Ich bin über 45 Jahre alt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten B	Nein <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
4	Ich habe Probleme mit meinen Augen, Ohren oder Nasengänge/Nasennebenhöhlen gehabt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten C	Nein <input type="checkbox"/>
5	Ich bin in den letzten 12 Monaten operiert worden ODER ich habe anhaltende Probleme im Zusammenhang mit früheren Operationen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
6	Ich habe das Bewusstsein verloren, hatte Migräne, Krampfanfälle, einen Schlaganfall, eine schwere Kopfverletzung oder leide an einer anhaltenden neurologischen Verletzung oder Erkrankung.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten D	Nein <input type="checkbox"/>
7	Ich befinde mich derzeit wegen psychologischer Probleme, Persönlichkeitsstörungen, Panikattacken, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit in Behandlung (oder habe in den letzten fünf Jahren eine Behandlung benötigt) oder es wurde bei mir eine Lernbehinderung diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten E	Nein <input type="checkbox"/>
8	Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten F	Nein <input type="checkbox"/>
9	Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten G	Nein <input type="checkbox"/>
10	Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente ein (mit Ausnahme von Antibabypillen oder Malariamitteln außer Mefloquin (Lariam).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

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.

Taucher Medizincheck | Ausführlicher Kandidaten-Fragebogen

KASTEN A – ICH HABE/HATTE:		
Thoraxchirurgie, Herzchirurgie, Herzklappenoperation, Stentimplantation oder einen Pneumothorax (kollabierte Lunge).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma, Keuchen, schwere Allergien, Heuschnupfen oder verstopfte Atemwege innerhalb der letzten 12 Monate, die meine körperliche Aktivität/ Training einschränken.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederholt Bronchitis und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Eine COVID-19 Diagnose	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN B – ICH BIN ÜBER 45 JAHRE ALT UND:		
Derzeit rauche oder inhaliere ich Nikotin mit anderen Mitteln.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich habe einen hohen Cholesterinspiegel.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich habe hohen Blutdruck.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN C – ICH HABE/HATTE:		
Innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation der Nasennebenhöhlen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ohrkrankheit oder Ohrchirurgie, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN D – ICH HABE/HATTE:		
Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Anhaltende neurologische Verletzung oder Erkrankung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederkehrende Migränekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN E – ICH HABE/HATTE:		
Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Schwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Es wurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung erfordert.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN F – ICH HABE/HATTE:		
Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Einen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN G – ICH HATTE:		
Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Adipositas Operationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

Taucher Medizincheck | Formular ärztliche Beurteilung

Teilnehmer Name

Geburtsdatum

(Druckschrift)

Datum (TT/MM/JJJJ)

Die oben genannte Person bittet Sie um Ihre Meinung über ihre medizinische Eignung zur Teilnahme an einer Ausbildung oder Aktivität im Freizeit-Gerätetauchen oder Freitauchen. Bitte besuchen Sie uhms.org für ärztliche Beratung über die medizinischen Bedingungen im Zusammenhang mit dem Tauchen. Überprüfen Sie die für Ihren Patienten relevanten Bereiche als Teil Ihrer Beurteilung.

Untersuchungsergebnis

Zugelassen – Ich erkenne keine Bedingungen, die ich mit dem Sporttauchen oder dem Freitauchen für unvereinbar halte.

Nicht zugelassen – Ich erkenne Bedingungen, die ich mit dem Sporttauchen oder dem Freitauchen für unvereinbar halte.

Unterschrift des Arztes

Datum (TT/MM/JJJJ)

Name des Arztes

Spezialisierung

Klinik/Krankenhaus

Adresse

Tel.

Email

Arzt / Klinik Stempel (optional)

Erstellt von [Diver Medical Screen Committee](#) in Zusammenarbeit mit den folgenden Organisationen:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego