



Schnuppertauchen Teilnehmerinformationen

(vertraulich)

BITTE DRUCKSCHRIFT

Vorname _____ Name _____ Tel. Privat _____

Strasse _____ PLZ _____ Stadt _____

E-Mail _____ Geburtsdatum _____

MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

An den/die Teilnehmer/in: Bitte beantworte die folgenden Punkte zu deinem früheren oder momentanen Gesundheitszustand mit "Ja" oder mit "Nein". Solltest du einen der aufgeführten Punkte mit "Ja" beantworten, musst du dich vor der Teilnahme am Gerätetauchen von einem Arzt untersuchen lassen.

- Ja Nein Ich bin momentan erkältet (Nase zu).
- Ja Nein Ich habe / hatte Probleme oder Erkrankungen der Atemwege.
- Ja Nein Ich habe / hatte Asthma, Tuberkulose oder Emphyseme.
- Ja Nein Ich habe momentan eine Ohrenentzündung.
- Ja Nein Ich habe häufig Probleme, Erkrankungen oder Operationen an den Ohren.
- Ja Nein Ich habe / hatte bereits eine Nebenhöhlenerkrankung.
- Ja Nein Ich habe im Gebirge/im Flugzeug grosse Probleme, den Druck in den Ohren auszugleichen.
- Ja Nein Ich bin Diabetiker.
- Ja Nein Ich habe / hatte Herzerkrankungen (z.B. Kardiovaskuläre Erkrankungen, Angina)
- Ja Nein Ich leide an Schwindel-, Ohnmachts- oder anderen Anfällen.
- Ja Nein ich leide an einer Funktionsstörung des Nervensystems.
- Ja Nein Ich leide an Verhaltensstörungen oder mentalen / psychischen Störungen (Panikattacken, Platzangst).
- Ja Nein Ich habe / hatte Rückenprobleme oder eine Rückgratverletzung.
- Ja Nein Ich nehme momentan Medikament(e) ein, die eine Warnung enthalten, dass sie die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigen können.
- Ja Nein Ich hatte kürzlich eine Erkrankung oder eine Operation.
- Ja Nein Ich bin in ärztlicher Behandlung oder habe eine chronische Erkrankung.

Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen erfolgten. *Ich übernehme die Verantwortung für unterlassene Angaben zu meinem vergangenen oder gegenwärtigen Gesundheitszustand.*

Unterschrift des/r Teilnehmers/in

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift des Elternteils/Erziehungsberechtigten

Datum (Tag/Monat/Jahr)
