

Tauchbasis am Straussee -  
1A-Tauchcenter UG (haftungsbeschränkt)  
Wriezener Straße / Am Kulturpark  
15344 Strausberg  
E-Mail: [info@1a-tauchcenter.de](mailto:info@1a-tauchcenter.de)  
Tel. 0174 / 78 88 001



**Hinweis: Nur das vollständig eingereichte Formular (alle Seiten) gilt als verbindliche Anmeldung.**



## **Anmeldung für das Tauch-Camp 2025**

Das Feriencamp 2025 findet in einem Durchgang in den Sommerferien für Kinder und Jugendliche ab 10 Jahren statt.

➤ Der Durchgang geht vom 16.08.-22.08.2025

Neben der Tauchausbildung wird viel Wissenswertes über das Wasser und dessen Bewohner vermittelt. Physik und Biologie wird plötzlich „erfahrbar“. Aber natürlich stehen auch Sport, Spaß und Spiel außerhalb des Wassers auf dem Programm.

Folgende Ausbildungsstufen stehen zur Auswahl:

Junior Open Water Diver, Open Water Diver, Advanced Open Water, Rescue-Diver oder Non limit Tauchen

Junge Leute können den gesamten PADI Open Water Diver Kurs absolvieren. Nach Abschluss des Kurses sind sie Junior Open Water Diver und an eine bestimmte, altersabhängige Tauchbegrenzung gebunden: Junior Open Water Diver im Alter von 10-11 Jahren dürfen nur in Begleitung eines PADI Professionals oder eines brevetierten Erziehungsberechtigten tauchen. Die Tauchgänge dürfen eine Tiefe von 12 Metern nicht überschreiten. Junior Open Water Diver im Alter von 12-14 Jahren müssen mit einem brevetierten Erwachsenen tauchen.



Dein nächstes Tauchabenteuer, verbessere deine Tauchfertigkeiten (non limit Tauchen) oder bereite dich auf neue Erfahrungen und Abenteuer vor! 10-11-jährige können den Adventure Diver, mindestens 12-jährige den Junior Advanced Open Water Diver absolvieren!

## Junior Advanced Open Water oder AOWD

Jugendliche, die bereits den Junior Open Water Diver absolviert haben, können ihr Tauchabenteuer fortsetzen und ihre Kenntnisse erweitern, indem sie den Advanced Open Water Diver Kurs abschließen. Hierbei gelten folgende Einschränkungen: Junior Open Water Diver im Alter von 12-14 Jahren müssen 5 Adventure Dives machen, um die Junior Advanced Open Water Zertifizierung zu erhalten. Sie müssen mit einem brevetierten Erwachsenen tauchen.



### ▪ ▪ Junior Rescue Diver oder RD

Jugendliche Taucher im Alter von 12-14 Jahren, die bereits den Junior Advanced Open Water Diver absolviert haben, können die Herausforderung annehmen und an ihr wachsen, indem sie am PADI Rescue Diver Kurs teilnehmen. Nach Abschluss des Kurses erhalten sie das Brevet Junior Rescue Diver. Sie müssen mit einem brevetierten Erwachsenen tauchen. Dieser Kurs setzt die Absolvierung eines EFR-Kurses voraus, der im Camp durchgeführt wird.

### ▪ ▪ Non Limit Tauchen

Jugendliche Taucher im Alter ab 10 Jahre, die bereits in Besitz eines Brevets sind (Tauschein), werden 2 bis drei anspruchsvolle Tauchgänge in Begleitung eines Divemaster oder Tauchlehrer am Tag machen. Jeder Tauchgang steht unter einem „Motto“ (z.B. Tarierung in Perfektion oder Projekt AWARE – Umweltschutz unter Wasser).

## Inhalt des Tauchcamps:

- Übernachtung im eigenen Zelt
- vollwertige Verpflegung (4 Mahlzeiten), inkl. aller Getränke
- Tauchausbildung oder non limit Tauchen in einer der o.g. Stufen nach PADI, international anerkannt und lebenslang gültig (beinhaltet die Theorie, das begrenzte Freiwasser, die Freiwasserausbildung, die komplette Tauchausrüstung & die Brevetierung)
- Tauchguide für unsere Non Limit Taucher und täglich 2-3 mal Tauchen
- außerdem viel Spiel, Spaß und Abenteuer nach dem Tauchen (z.B. Taucholympiade, Volleyball etc.)

Variante A: 699,- € pro Pers. inkl. aller oben genannten Leistungen

Variante B: 649,- € pro Pers. für Tauchausbildung & Mittagessen,  
**ohne** ÜN und weitere Vollverpflegung

## Achtung Frühbucherrabatt:

Bei verbindlicher Anmeldung für das TauchCamp 2025 bis zum 28.02.2025 kostet die Variante A: 649 € und die Variante B: 599 €.

Die Anreise bei Variante A erfolgt am Sonnabend ab 15.00 Uhr, die Abreise am Freitag ab 13.00 Uhr.

Bei Variante B ist jeweils 09.00 Uhr Treffpunkt bei uns auf der Tauchbasis.

## Unser Team:

Unser Team besteht aus 10 Tauchlehrerinnen/Tauchlehrern sowie Assistent Instructoren und Divemastern mit teilweise über 20 Jahren Tauchausbildungserfahrung und mehreren tausend Tauchgängen. Eine spezielle & individuelle Betreuung gerade im Wasser ist somit garantiert.



Bitte ergänzen Sie die Anmeldung um folgende Informationen und schicken Sie die **gesamten Anmeldung (alle Blätter) zusammen mit dem beiliegenden Gesundheitsfragebogen und der Einverständniserklärung** entweder per Post an: Tauchbasis am Straussee - 1A Tauchcenter UG, Kulturpark Strausberg-Wriezener Straße, 15344 Strausberg oder per Mail an: [info@1a-tauchcenter.de](mailto:info@1a-tauchcenter.de).

## Anmeldung zum Tauch-Camp 2025

1A-Tauchcenter UG, Kulturpark Strausberg-Wriezener Straße, 15344 Strausberg oder per Mail an: [info@1a-tauchcenter.de](mailto:info@1a-tauchcenter.de)

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Name / Vorname                |  |
| Straße                        |  |
| PLZ / Ort                     |  |
| Telefonnummer                 |  |
| Email                         |  |
| Geburtsdatum                  |  |
| Notfall-Kontaktinformation    |  |
| An welchen Kurs interessiert? |  |
| Eigene Ausrüstung vorhanden?  |  |
| Preisvariante A oder B        |  |

## Reiserücktritt

Bei jedem Reiserücktritt kommen die Rücktrittsbedingungen der 1A-Tauchcenter UG zur Anwendung. Der Kunde kann jederzeit vor Reisebeginn von der Reise zurücktreten. Maßgeblich ist der Zugang der schriftlichen Rücktrittserklärung beim Veranstalter. Tritt der Kunde vom Reisevertrag zurück oder tritt er diese Reise nicht an, so kann der Veranstalter pauschalierte Rücktrittskosten als angemessenen Ersatz für die getroffenen Reisevorkehrungen und für seine Aufwendungen verlangen. Diese pauschalierten Rücktrittskosten betragen pro angemeldetem Reiseteilnehmer:

- bis 30. Tag vor Reiseantritt 25% pro Person
- ab 29. bis 22. Tag vor Reiseantritt 30% pro Person
- ab 21. bis 15. Tag vor Reiseantritt 40% pro Person
- ab 14. bis 7. Tag vor Reiseantritt 65% pro Person

- ab 6. Tag vor Reiseantritt 85% pro Person
- am Abreisetag und bei Nichtantritt der Reise 100% pro Person

Eine Rücktrittsversicherung wird empfohlen.

**Hinweis: Nur das vollständig eingereichte Formular (alle Seiten) gilt als verbindliche Anmeldung.**

.....  
Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter:



# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG der Eltern im TauchCamp 2025

in der Zeit von: 16.08.-22.08.2025

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Name des Elternteils: \_\_\_\_\_

Ich/Wir bestätige/n, dass das Kind/der Jugendliche über aktuell keine akuten oder chronischen Leiden verfügt, die eine ärztliche Betreuung erforderlich machen.

Ich/Wir bestätigen, dass das Kind/der Jugendliche keinerlei Lebensmittelunverträglichkeiten und Allergien (insbesondere Insektenstichallergien) hat. Anderenfalls benenne ich diese hier:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Außerdem erkläre/n ich/wir, dass innerhalb der letzten acht Wochen vor Beginn des Tauchcamps keine ansteckenden Krankheiten aufgetreten sind.

Ich versichere, dass aufgrund aller mir bekannten Tatsachen die Teilnahme meines Kindes am Tauchcamp keine absehbare Gefährdung der Gesundheit sowohl der eigenen Person als auch der anderen Teilnehmer zur Folge hat.

Ich gebe mein Einverständnis, dass mein Sohn/meine Tochter im dringenden Fall und mangels fernmündlicher Erreichbarkeit der/des Unterzeichnerin/s bei Erkrankung in ein Krankenhaus gebracht wird und dass dort alle, nach Maßgabe des behandelten Arztes erforderlichen Behandlungsmaßnahmen durchgeführt werden. Für die im Krankheitsfall entstehenden Kosten erkläre ich die uneingeschränkte persönliche Schuldübernahme, und zwar unabhängig von der Frage der Erstattbarkeit der anfallenden Behandlungs- und Transportkosten.

Ich erteile hiermit mein Einverständnis, dass mein Sohn/meine Tochter während des Tauchcamps

- Unter Aufsicht schwimmen und baden darf
- Das Gelände des Kulturparks unter Aufsicht verlassen darf
- Das Gelände des Kulturparks allein verlassen darf
- Über sein/ihr Taschengeld allein verfügen darf
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Foto- und Videoaufnahmen, auf denen mein Kind im Rahmen des Feriencamps zu sehen ist, für die Öffentlichkeitsarbeit der 1A-Tauchcenter UG genutzt werden darf.

Mir ist bekannt, dass Besitz, Konsum, vollendeter und versuchter Erwerb von Alkohol, Rauschmitteln sowie die Teilnahme an Glücksspielen während des Tauchcamps strengstens verboten sind. Die Nichtbeachtung dieser Regel kann ohne vorherige Abmahnung zum sofortigen Verweis des Teilnehmers vom Tauchcamp führen. Weiterhin ist das Entfernen ohne die Genehmigung der Verantwortlichen von der Gruppe nicht erlaubt. Den Weisungen der Betreuer ist Folge zu leisten. Der Leiter des Feriencamps ist berechtigt, vom TauchCamp verwiesene Teilnehmer sowie andere Teilnehmer, die sich nicht den Anordnungen der Betreuer fügen oder sich nicht dem Rahmen der Gruppe anpassen, nach eigenem Ermessen und ohne vorherige Abmahnung auf Kosten der/des Unterzeichnerin/s unverzüglich nach Hause zu schicken. Für die hierdurch entstehenden und veraus-

lagten Kosten der Rückreise des Teilnehmers und - soweit nach Ermessen der Tauchcampleitung erforderlich - die Kosten für die von ihr zu bestimmenden Begleitperson hatte ich vollumfänglich und bin zum unverzüglichen Ausgleich verpflichtet.

Die 1A-Tauchcenter UG haftet nur für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit, entsprechendes gilt für die Haftung für Erfüllungsgehilfen der 1A-Tauchcenter UG.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Anschrift der Eltern von:

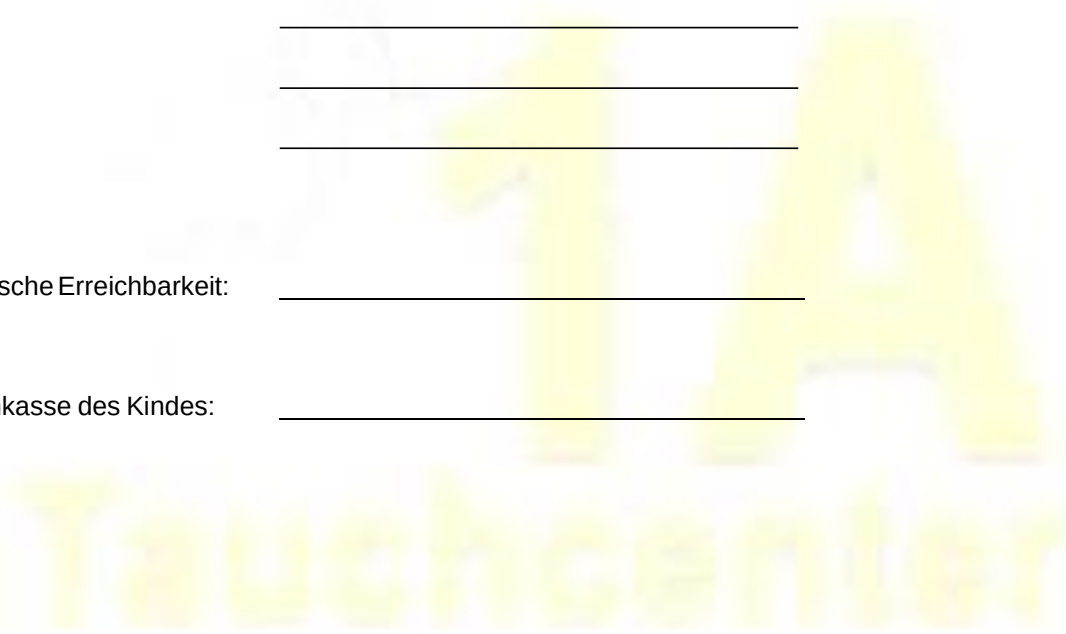
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonische Erreichbarkeit:

\_\_\_\_\_

Krankenkasse des Kindes:

\_\_\_\_\_



## 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"/><br>Kasten A | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2  | Ich bin über 45 Jahre alt.                                                                                                                                                                                                                                                                          | Ja <input type="checkbox"/><br>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"/><br>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"/><br>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"/><br>Kasten E | Nein <input type="checkbox"/> |
| 8  | Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.                                                                                                                                                                                                                      | Ja <input type="checkbox"/><br>Kasten F | Nein <input type="checkbox"/> |
| 9  | Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.                                                                                                                                                                                                                         | Ja <input type="checkbox"/><br>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 Herzerkrankung oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Lebensjahr ODER ich habe eine familiäre Vorgeschichte mit Herzerkrankungen 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](http://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**