

Verbindliche Anmeldung zum Schnuppertauchen / TryScuba

Vorname:	Name:
PLZ, Ort:	Strasse:
Telefon:	Mobil:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Geschlecht: weiblich männlich	Konfektionsgröße:
Schuhgröße:	Maske, Schnorchel vorhanden? ja nein

Notfallkontakt:

Vorname & Name:	Telefon:
Verwandtschaftsverhältnis:	E-Mail:

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Schnuppertauchen an.

Wunschtermin: _____

Datenschutzerklärung:

In dieser Datenschutzerklärung wird erläutert, warum SSI Training Center deine personenbezogenen Daten erhalten. Sie dienen zur Durchführung deiner Ausbildung, der Ausstellung deiner Zertifizierungen, der Verwaltung deiner privaten Daten und notwendiger Punkte zur Erfüllung vertraglich vereinbarter Leistungen.

Mit deiner Registrierung im MySSI System erklärst du dich einverstanden, folgende persönliche Daten weiterzugeben: Name (Vor- und Nachname), Adresse (Postfach), Postleitzahl (PLZ), Stadt, Bundesland, Land, Email-Adresse, Telefonnummer (optional), Geburtsdatum, Foto, Sprache, Geschlecht, SSI-Master-ID, Kurstyp, Kursfortschritt und Zertifizierungsinformationen - Name, Kundennummer (Master-ID), SSI Training Center, Zertifizierender Instructor, Jahr, in dem mit dem Tauchen begonnen wurde, Erfahrungsstufe, Anzahl der Tauchgänge und Ausstellungsdatum.

Mit deiner Einwilligung können die SSI Training Center anschließend auf deine oben beschriebenen persönlichen Daten zugreifen, um dich zu identifizieren, den Status deiner Ausbildungen und Zertifizierungen zu überprüfen oder zu bestätigen, und dir basierend auf deiner Taucherfahrung weitere Ausbildungen und Dienstleistungen anbieten.

Weitere Informationen findest du in der SSI Datenschutzerklärung unter https://my.divessi.com/myssi_privacy.

Lade die kostenlose MySSI App, erhältlich für iOS oder Android! Es gibt eine Vielzahl von Funktionen wie Terminkalender für Kurse und Events, Video-Channel und Referenzen für Handzeichen und Tauchtabellen, die du vor deinem nächsten Tauchgang ansehen und wiederholen kannst. SSI hat die MySSI-App als "All-in-One-Tool" für deine Taucherfahrten konzipiert und bietet dir Zugriff auf deine digitalen Lernmaterialien, dein digitales Logbuch und deine digitalen Anerkennungskarten - alles in einer Hand.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, obige Datenschutzerklärung, sowie die zugehörigen Teilnahmebedingungen gelesen und verstanden zu haben und diese zu akzeptieren.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

**Bei Kursteilnehmer /-in bzw. bei Jugendlichen unter 18 Jahren als auch Personen unter Betreuung:
Unterschrift der Erziehungsberechtigten bzw. Betreuer:**

Ort, Datum: _____ Name(n) (Blockschrift): _____ Unterschrift(en): _____

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"/> Go To Box A	Nein <input type="checkbox"/>
2. Ich bin über 45 Jahre alt.	Ja <input type="checkbox"/> Go To Box 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"/> Go To Box 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"/> Go To Box 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"/> Go To Box E	Nein <input type="checkbox"/>
8. Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.	Ja <input type="checkbox"/> Go To Box F	Nein <input type="checkbox"/>
9. Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	Ja <input type="checkbox"/> Go To Box 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 in den Abschnitten A - G unten, 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.

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 Herzerkrankung 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 HABE/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"/>



Name
(Druckbuchstaben) Nach- / Zusatz- / Vorname
Initial

Telefon
Mobil

Lieber Tauchschüler,

Du hast gerade einen Tauchkurs bei Deinem Tauchlehrer begonnen und wurdest für Student Protect bei aqua med angemeldet. Student Protect ist der kostenlose **Tauchunfallschutz** für Schüler, die einen **Anfängerkurs** belegen.

Die Absicherung durch Student Protect **beginnt** mit der Registrierung über Deinen Tauchlehrer und läuft **über einen Zeitraum von maximal 6 Monaten**. In diesem Zeitraum bist Du während des ausgewählten Tauchkurses abgesichert.

Welche Leistungen sind in Student Protect enthalten?

- ✓ 24h ärztlich besetzte Notrufhotline
- ✓ Präventive tauch- und reisemedizinische Beratung
- ✓ Druckkammerbehandlung: **unbegrenzt**
- ✓ Notfalltransport zur Druckkammer: **10.000,- €**

Voraussetzung: Die aqua med Notrufhotline muss **vor** einer Behandlung kontaktiert werden.

Was ist aqua med?

aqua med gehört zu einer der größten Assistancen im Bereich der Tauchmedizin weltweit. Unter der Notrufnummer – der diveline – bietet aqua med Dir rund um die Uhr notfallmedizinische Beratung und Hilfeleistung an. Einen umfassenden Schutz beim Tauchen und auf Reisen erhältst Du über die aqua med dive card.

Nähere Infos zu aqua med und Student Protect findest Du unter www.aqua-med.eu.

Viel Spaß!

Dein aqua med Team



Einverständniserklärung:

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten an aqua med zu Absicherungszwecken und zur Kontaktmöglichkeit im Notfall weitergeleitet werden.

Auszufüllen durch:

(bitte in Druckbuchstaben)

Tauchschüler

Frau Herr

Name, Vorname _____

Geb.datum: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Tauchlehrer

Erfolgreich registriert am: _____