



Anmeldung zum Probetraining

07.11.2012

Hiermit melde ich mich bzw. mein / unser Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Telefon

zum kostenlosen Probetraining beim Tauchsportklub Dresden-Nord e.V. (TDN) an.
 Nach dreimaliger Teilnahme und weiterem Interesse am Training ist die Mitgliedschaft im Tauchsportklub erforderlich. Zum Trainingsprogramm des TDN gehören je nach Voraussetzungen auch Übungen mit Drucklufttauchgeräten. Mir/Uns ist bekannt, dass das Tauchen mit Druckluft mit Risiken verbunden ist. Bestimmte Krankheitsbilder schließen das Tauchen definitiv aus. Über meinen derzeitigen Gesundheitszustand bzw. den meines/unseres Kindes mache(n) ich/wir folgende Angaben (*richtige Aussagen bitte ankreuzen!*):

Ich bzw. mein/unser Kind:

- | | |
|---|---|
| / bin/ ist zur Zeit erkältet | / habe/ hat/hatte Asthma, Tuberkulose oder Bronchitis |
| / nehme/ nimmt zur Zeit die Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigende Medikamente ein | / habe/ hat beim Fliegen/Fahren in den Bergen Probleme mit dem Druck in den Ohren |
| / trage/ trägt Prothesen | / habe/ hat Platzangst |
| / leide/ leidet an Atemwegserkrankungen | / leide/ leidet unter einer chronischen Krankheit |
| / bin/ ist Diabetiker | / leide/ leidet an einer Nervenerkrankung |
| / leide/ leidet an Schwindel-, Ohnmachts-, Krampf- oder anderen Anfällen (Epilepsie o.a.) | / leide/ leidet an Erkrankungen des Bewegungsapparates |
| / habe/ hat/hatte eine Herzerkrankung | / habe/ hat/hatte eine Schädelbasisverletzung |
| / habe/ hat zur Zeit eine Ohrenentzündung | / neige/ neigt zu Panikreaktionen |
| / leide/ leidet unter Nasennebenhöhlenerkrankungen | / bin/ ist derzeit in ärztlicher Behandlung |
| / nehme/ musste in den letzten 4 Monaten operiert werden | / rauche/ raucht |
| / habe/ hat/hatte eine Trommelfellkrankung | / bin/ ist schwanger |
| | / nehme/ nimmt Drogen |

Ich bin / Wir sind darüber informiert, dass ich bzw. mein/unser Kind nur am Probetraining teilnehmen kann, wenn keine der vorstehenden Aussagen zutrifft. **Falls ich /wir trotzdem einer Teilnahme am Probetraining zustimme(n), trage ich /tragen wir selbst das medizinische Risiko.** Mir/Uns ist bekannt, dass die gesundheitlichen Risikofaktoren in der vorstehenden Auflistung nicht abschließend aufgezählt sind. Das verbleibende medizinische Restrisiko trage ich /tragen wir selbst.

Ort, Datum

.....
 Unterschrift Teilnehmer bzw. beider Erziehungsberechtigter