

**Tauchschule OZEANIC**  
Alzeyer Str. 111, Spaßbad, 67549 Worms

**Ansprechpartner: Stefan & Martina Kranich**  
Tel: 0 62 41 – 97 19 60 Fax: 0 62 41 – 97 19 61

**Bankverbindung:** Sparkasse Worms (BLZ 553 500 10)  
Kto-Nr.: 200 88 20



## Schnupperkurs / MyDays- Anmeldung

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ (für Foto + Urkunde)

### ANGABEN ÜBER DEN GESUNDHEITZUSTAND DES TEILNEHMERS

Bitte den Gesundheitszustand entsprechend mit ja oder nein beantworten.

**Wenn mindestens eines der 16 aufgeführten Felder mit Ja beantwortet ist, müssen Sie vor der Teilnahme am Schnuppertauchen mit dem Tauchlehrer Rücksprache halten.** Mit der Unterschrift auf dem Anmeldeformular erkennt der Teilnehmer die nachfolgend aufgeführten Bedingungen der Tauchschule Ozeanic an.

JA NEIN

JA NEIN

1. Sind Sie erkältet? Verstopfte Nase, erhöhte Schleimbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Haben Sie Stirnhöhlenprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Sind Sie Schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben/ hatten Sie Atemprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Haben oder hatten Sie Asthma / Tuberkulose / Lungenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sind Sie Diabetiker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Haben Sie Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Anfallsleiden / Schwindel/ Ohnmacht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Rauchen Sie 20 oder mehr Zigaretten pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie Herzerkrankungen / Herzleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Stehen Sie unter Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie momentan eine Ohrenschmerzen / Mittelohrentzündung.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Leiden Sie an Depressionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hatten Sie kürzlich einen chirurgischen Eingriff im Bereich des Brustkorbes (innerhalb der letzten 8 Wochen) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Ich bin in ärztliche Behandlung oder habe chronische Krankheiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Abschlussklärung

Meine Teilnahme erfolgt auf eigene Gefahr und eigenes Risiko. Dem Veranstalter und seinen Vertretern und Hilfspersonen sowie meinen Tauchgangsbegleitern gegenüber verzichte ich ausdrücklich auf Ansprüche aus jeglichem Rechtsgrund für Schäden oder Verletzungen, die ich aufgrund meiner Teilnahme an einer Tauchausbildung zum Schnuppertauchen erleide. Das gilt nicht, wenn diese vorsätzlich oder grob fahrlässig handeln. Ich wurde umfassend über die mit dem Tauchsport verbundenen Risiken aufgeklärt und auch über diesen Haftungsausschluss. Ich habe die Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden. Alle Fragen wurden von einem Tauchlehrer zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich möchte an der angebotenen Ausbildung zum Schnuppertauchen teilnehmen, akzeptiere den Haftungsausschluss und bestätige das mit meiner Unterschrift.   X  

-----Für Minderjährige-----

Hat der/die Teilnehmer/in das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, so ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreter s erforderlich. Der gesetzliche Vertreter hat sich über die oben genannten Inhalte vollständig informiert, indem er diese gelesen und verstanden hat.