



# Haftungsausschluss und Risikoübernahme-Erklärung

TDISDI Germany Siemensstr. 10 41363 Jüchen  
Tel. 0049/2164/950690 Fax 0049/2164/9506910 Email info@tdisdi.de

Gültig für den \_\_\_\_\_ (genaue Bezeichnung) Tauchkurs gemäß den Statuten von TDI. Bitte sorgfältig lesen, Textlücken ergänzen und jeden Paragraphen abzeichnen, bevor Sie unterschreiben.

Ich, \_\_\_\_\_, bestätige hiermit, das ich bezüglich der Gefahren des Gerätetauchens beraten und ausführlich informiert wurde.

\_\_\_\_\_ Ferner verstehe ich, dass Tauchen mit Pressluft, Sauerstoff angereicherter Luft (Nitrox), Sauerstoff oder Trimix mittels offener Tauchgeräte, halbgeschlossenen oder geschlossenen Kreislaufgeräten mit Risiken verbunden ist, inklusive Dekompressionskrankheit, Embolien, Sauerstoff-Vergiftung, Stickstoff-Narkose, Verletzungen durch Wasserlebewesen oder auch druckbedingte Verletzungen auftreten können, die eine Behandlung in einer Dekompressionskammer erforderlich machen. Ferner verstehe ich, dass Freiwasser-Tauchgänge, die zum Training und für eine Brevetierung erforderlich sind, an einem Tauchplatz erfolgen können, bei dem eine Druckkammer nicht zur Verfügung steht oder nicht sofort eingesetzt werden kann. In Kenntnis dieser zusätzlichen Risiken will ich dennoch an diesen Tauchgängen teilnehmen, auch wenn eine Druckkammer nicht zur Verfügung steht.

Ich verzichte gegenüber meinem Tauchlehrer HEROLD HELMUT / HEROLD CORNELIA, der Tauchschule FUN-DIVERS, durch die meine Ausbildung erfolgt, International Training Inc. und Technical Diving International, deren Mitarbeitern oder Repräsentanten, Inhabern, Agenten oder Autoren jedweden während des Kurses benutzten Materials, Bücher und Tabellen (nachfolgend als „Haftungsbefreite Partei“ bezeichnet) auf Ansprüche, gleich welcher Art, in Schadensfällen, die im Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Tauchkurs sowie bei den Freiwasser-Tauchgängen eintreten können. Der Verzicht gilt insbesondere für Verletzungen aller Art, auch soweit sie zu meinem Tode führen sollten mit der Maßgabe, dass auch meine Unterhaltsberechtigten und meine Erben im Hinblick auf diese Verzichtserklärung gegenüber der „haftungsbefreiten Partei“ keine Ansprüche geltend machen können.

Sollte es mir gestattet werden, an diesem Kurs teilzunehmen, so übernehme ich hiermit sämtliche mit diesem Kurs zusammenhängende Risiken für jeglichen Schaden, jegliche Verletzung oder Schädigung, die mich aufgrund meiner Einschreibung zum Kurs und meiner Teilnahme befallen könnten, einschließlich aller damit verbundenen Risiken, seien sie vorhersehbar oder unvorhersehbar.

Zugleich erkläre ich, dass ich selbst, meine Familie, Erben oder Vermögensverwalter keinerlei Rechtsansprüche gegen diesen Kurs oder die „Haftungsbefreite Partei“ erheben werde, weder im Verlaufe dieses Kurses noch nach erfolgter Brevetierung.

Es ist mir bekannt, dass Tauchaktivitäten körperlich anstrengend sind und das ich mich bei diesem Kurs anstrengen werde, und ich erkläre ausdrücklich, dass, falls ich aufgrund eines Herzanfalls, aufgrund von Panik, Hyperventilation, Sauerstoff-Vergiftung, Stickstoff-Vergiftung, Ertrinken usw. verletzt werde, ich das Risiko der genannten Verletzungen eingehe und die genannten Personen und Unternehmen dafür nicht verantwortlich machen werde.

Ich verstehe, dass diese Aktivitäten Tauchtiefen bedingen, von wo aus ich keinen freien Aufstieg ohne Atemgas durchführen kann.

Ich verstehe, dass eine eigene Tauchausrüstung erforderlich sein kann und ich für deren Funktion und Wartung verantwortlich bin.

Ich erkläre, dass ich volljährig und geschäftsfähig bin und diese Erklärung unterzeichnen kann, oder das ich eine schriftliche Einverständniserklärung meiner Erziehungsberechtigten oder gesetzlichen Vertreter beibringen werde.

Ich bestätige ferner, dass ich bereits ein ausgebildeter Taucher der folgenden Organisation bin: \_\_\_\_\_, zertifiziert auf folgender Stufe: \_\_\_\_\_. Mir ist die für diesen Kurs erforderliche und empfohlene Stufe und Taucherfahrung bekannt und ich bestätige, dass ich hierüber verfüge. Ich bin zertifizierter Taucher seit \_\_\_\_\_ und tauche seit \_\_\_\_\_ Jahren mit insgesamt Stück \_\_\_\_\_ Tauchgängen bei einer Maximaltiefe von \_\_\_\_\_ Metern.

Ich verstehe, dass diese Bedingungen Vertragsbestandteil sind und nicht lediglich erwähnt werden und das ich dieses Dokument aus freiem Willen unterschrieben habe. Salvatorische Klausel: Sollte eine oder mehrere der vorstehenden Erklärungen für unwirksam erachtet werden, so ist damit nicht die gesamte Erklärung unwirksam.

ES IST DIE ABSICHT VON MIR, \_\_\_\_\_, MITTELS DIESER ERKLÄRUNG DEN TAUCHLEHRER HEROLD HELMUT (UND ANDERE: HEROLD CORNELIA), DIE TAUCHSCHULE FUN-DIVERS, INTERNATIONAL TRAINING INC. UND TECHNICAL DIVING INTERNATIONAL SOWIE ALLE ANDEREN VERBUNDENEN BETEILIGTEN UND DIE OBEN DEFINIERTE „HAFTUNGSBEFREITE PARTEI“ VON JEDLICHER HAFTUNG UND VERANTWORTUNG ZU BEFREIEN, UND ZWAR FÜR SCHÄDEN GLEICH WELCHER ART, DIE FÜR MICH, MEINE UNTERHALTSBERECHTIGTEN UND RECHTSNACHFOLGER DURCH DIE TEILNAHME AN DEN AKTIVITÄTEN EINTRETEN KÖNNEN. ICH HABE MICH ÜBER DEN INHALT DIESES HAFTUNGSAUSSCHLUSSES VOLLSTÄNDIG INFORMIERT, INDEM ICH DIESEN GELESEN HABE, BEVOR ICH IHN FÜR MICH UND AUCH BINDEND FÜR MEINE ERBEN UNTERSCHRIEBEN HABE.

Dieses Dokument ist für alle Kurse und Programme erforderlich, die gemäß den Statuten von Technical Diving International durchgeführt werden.  
Es dürfen keine Streichungen, Veränderungen, Zusätze oder Anmerkungen vorgenommen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Teilnehmer

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift gesetzliche Vertreter

\_\_\_\_\_  
Datum / Zeuge

# 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 meinen Lungen, Atmung, Herz und/oder Blut mit Beeinträchtigung meiner normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit	Ja <input type="checkbox"/> Kasten <b>A</b>	Nein <input type="checkbox"/>
2	Ich bin über 45 Jahre alt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten <b>B</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"/> Kasten <b>C</b>	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"/> Kasten <b>D</b>	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 Lern- oder Entwicklungsstörung diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten <b>E</b>	Nein <input type="checkbox"/>
8	Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten <b>F</b>	Nein <input type="checkbox"/>
9	Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten <b>G</b>	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

<b>KASTEN A – ICH HABE/HATTE:</b>		
Brustkorboperation, Herzoperation, Herzklappenoperation, ein medizinisches Implantat (z.B. Stent, Schrittmacher, Neurostimulator), Pneumothorax und/oder chronische Lungenerkrankung.	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"/>
Symptome innerhalb der letzten 30 Tage, die meine Lungen, Atmung, Herz und/oder Blut betrafen und meine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigt haben.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
<b>KASTEN B – ICH BIN ÜBER 45 JAHRE ALT UND:</b>		
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"/>
<b>KASTEN C – ICH HABE/HATTE:</b>		
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"/>
<b>KASTEN D – ICH HABE/HATTE:</b>		
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"/>
<b>KASTEN E – ICH HABE/HATTE:</b>		
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 oder besondere Unterbringung 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"/>
<b>KASTEN F – ICH HABE/HATTE:</b>		
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"/>
<b>KASTEN G – ICH HATTE:</b>		
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 approbierter Arzt oder anderweitig gesetzlich bestallter medizinischer Dienstleister

Datum (TT/MM/JJJJ)

**Name des medizinischen  
Untersuchers**

**Akademischer Grad /  
medizinische Zulassung**

**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**