

# Tauchsportverein "NEPTUNS FREUNDE" Neu-Isenburg e.V.

Mitglied im Verband Deutscher Sporttaucher VDST 06/4181 - Landessportbund Hessen 29 411  
Confédération Mondiale des Activités Subaquatiques CMAS

## **Schnuppertauchen-Teilnehmererklärung**

---

### **ERKLÄRUNG**

Der Tauchsportverein Neptuns Freunde Neu-Isenburg e.V. bietet am \_\_\_\_\_ im Hallenbad Neu-Isenburg die Möglichkeit, das Tauchen mit Preßluft in Form eines „Schnuppertauchgangs“ unter fachlicher Begleitung kennen zu lernen und auszuüben. Ich möchte hieran teilnehmen. Meine persönlichen Daten lauten wie folgt:

#### **Bitte lesbar ausfüllen !**

**Mind.alter:** ab 14 Jahren generell - ab 12 Jahre, abh. von geist. & körperl. Entwicklungsstand

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Vollständige Adresse: \_\_\_\_\_

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

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, daß das Tauchen mit Preßluft mit Risiken verbunden ist. Bestimmte Krankheitsbilder schließen das Tauchen definitiv aus. Über meinen derzeitigen Gesundheitszustand mache ich folgende Angaben:

#### **Richtige Aussagen bitte ankreuzen!**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich bin momentan erkältet (Nase zu)   | <input type="checkbox"/> Ich habe/hatte Asthma, Tuberkulose oder Bronchitis  |
| <input type="checkbox"/> Ich nehme derzeit die Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigende Medikamente ein | <input type="checkbox"/> Ich habe Platzangst   |
| <input type="checkbox"/> Ich trage Prothesen   | <input type="checkbox"/> Ich rauche 20 oder mehr Zigaretten/Tag  |
| <input type="checkbox"/> Ich leide an Atemwegserkrankungen   | <input type="checkbox"/> Beim Fahren in die Berge / beim Fliegen habe ich Probleme, den Druck in den Ohren auszugleichen |
| <input type="checkbox"/> Ich bin Diabetiker  | <input type="checkbox"/> Ich leide an einer Nervenerkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Ich leide an Schwindel-, Ohnmachts- oder anderen Anfällen (Epilepsie u.a.)    | <input type="checkbox"/> Ich bin derzeit in ärztlicher Behandlung  |
| <input type="checkbox"/> Ich habe/hatte eine Herzerkrankung  | <input type="checkbox"/> Ich leide an einer chronischen Krankheit  |
| <input type="checkbox"/> Ich habe momentan eine Ohrenentzündung  | <input type="checkbox"/> Ich nehme Drogen.   |
| <input type="checkbox"/> Ich leide unter Nebenhöhlenerkrankungen                                       | <input type="checkbox"/> Ich habe/hatte Schädelbasisverletzungen   |
| <input type="checkbox"/> Ich mußte mich in den letzten vier Monaten einer Operation unterziehen        | <input type="checkbox"/> Ich leide an Erkrankungen des Bewegungsapparates  |
| <input type="checkbox"/> Ich habe/hatte eine Trommelfellerkrankung                                     | <input type="checkbox"/> Ich neige zu Panikreaktionen  |
| <input type="checkbox"/> Ich bin schwanger   |  |

**Ich bin darüber informiert, daß ich am Schnuppertauchen nur teilnehmen darf, wenn keine der vorstehenden Aussagen über meinen Gesundheitszustand zutrifft.**

**Mir ist bekannt, daß die gesundheitlichen Risikofaktoren in der vorstehenden Auflistung nicht abschließend aufgezählt sind. Das verbleibende medizinische Risiko trage ich selbst.**

**Haftungsverzichtserklärung:**

Meine Teilnahme am Schnuppertauchen erfolgt auf eigene Gefahr und Risiko.

Ich verzichte hiermit ausdrücklich gegenüber meinen Tauchgangsbegleitern wie auch gegenüber dem Tauchsportverein TSV Neptuns Freunde e.V. sowie dessen Repräsentanten und Hilfspersonen auf sämtliche Ansprüche - gleich welcher Art - aus Schadensfällen, die im Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Schnuppertauchen eintreten, es sei denn, die vorstehend genannten Personen bzw. der Tauchsportverein TSV Neptuns Freunde e.V. handeln vorsätzlich oder grob fahrlässig. Die Haftung für leichte Fahrlässigkeit ist ausgeschlossen.

Der Verzicht gilt für Verletzungen aller Art. Ich übernehme damit sämtliche mit dem Schnuppertauchen zusammenhängende Risiken für jegliche Schäden, jegliche Verletzungen oder Folgeschädigungen, die ich aufgrund meiner Teilnahme am Schnuppertauchen erleiden könnte - unabhängig davon, ob sie vorhersehbar sind oder nicht - , soweit sie nicht auf ein vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten eines Dritten zurück zu führen sind.

Ich habe mich über den Inhalt dieses Haftungsverzichts vollständig informiert, indem ich diesen gelesen habe, bevor ich meine Unterschrift leiste.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Teilnehmer

---

Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigter (falls erforderlich)