

Schnuppertauchen-Teilnehmererklärung

Der Tauchsportclub Lünen 1976 e. V. bietet heute im Lippebad Lünen die Möglichkeit, das Tauchen mit Pressluft in Form eines „Schnuppertauchgangs“ unter fachlicher Begleitung kennenzulernen und auszuüben.



Ich möchte hieran teilnehmen. Meine persönlichen Daten lauten wie folgt:

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:

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

Bitte wenden!

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

Tauchsportclub Lünen 1976 e.v

1.VORSITZENDER

Freddy Jöbstl
Mörikestr. 22
44534 Lünen
01737361509

2.VORSITZENDER

Cornelia Kilian
Auf der Horst 3
59379 Selm
01719621192

KASSENWART

Carolin Thiel
Am Steinkreuz 34a
44534 Lünen
01632498846

SCHRIFTFÜHRER

Michael Schlüter
Gertrudstr.11
44534 Lünen
01773299085

JUGENDABTEILUNG

Martina Cöppikus
Käthe -Kollwitz-Str. 2
44534 Lünen
01637935911

BANKVERBINDUNG

Volksbank Selm
IBAN:
DE11 4016 5366 0026 4508 01
BIC: GENODEM1SEM

Mir ist bekannt, dass die gesundheitlichen Risikofaktoren in der vorstehenden Auflistung nicht vollständig 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 Tauchsportclub Lünen 1976 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 Tauchsportclub Lünen 1976 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 auf Grund 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 zurückzuführen sind.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten
(falls erforderlich)