



Mitglied im:
Tauchkreis Kurpfalz e.V.
Hessischen Tauchsportverband e.V.
Verband Deutscher Sporttaucher e.V.
Landessportbund Hessen e.V.

Version 04/2021

HAFTUNGSAUSSCHLUSS SCHNUPPERTAUCHEN

ERKLÄRUNG

Der Tauchsportclub Viernheim e.V. bietet heute im Schwimmbad 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!

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

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 nicht abschließend aufgezählt sind. Das verbleibende medizinische Risiko trage ich selbst.

Haftungsausschluss Schnuppertauchen**Name:** _____**Haftungsverzichtserklärung:**

Meine Teilnahme am Schnuppertauchen erfolgt auf eigene Gefahr und Risiko. Ich verzichte hiermit ausdrücklich gegenüber meinen Tauchgangsbegleitern wie auch gegenüber des Tauchsportclub Viernheim 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 Viernheim e.V. handelt 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 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 Teilnehmer* _____

Bei Minderjährigen*

Unterschrift beider Eltern / aller Erziehungsberechtigter (falls erforderlich) _____

***Pflichtfelder**

- **Datenverarbeitung und Speicherung laut DSGVO**

Vom Verein auszufüllen:

Kursanfang:	Ausbilder:
Kursende:	