

### Persönliche Informationen:

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  M  W Telefon (Geschäft) \_\_\_\_\_ (Privat) \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Name (Dive Professional) **Monte Mare Indoortauchzentrum** Nr. **700667** Dive Center **MM**

### Kontaktdaten im Notfall:

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

### Einwilligung zur Datenschutzerklärung

Ich verstehe und bin damit einverstanden, dass SSI meine persönlichen Daten, die ich während des Kurses angegeben habe, zum Zweck der Tauchausbildung und zur Bestätigung der Zertifizierung speichert. Dazu gehören u.a., aber nicht ausschließlich, Name, Adressinformationen, E-Mail Adresse, Telefonnummer, Lichtbildausweis und die Zertifizierungsnummer.

Diese persönlichen Daten werden in der SSI Datenbank „ODiN“ gespeichert. SSI wird alle nötigen Maßnahmen zum Schutz der Daten ergreifen. SSI wird mir per E-Mail einen Usernamen und ein Passwort, sowie weitere Informationen zum Thema Tauchen zusenden, und mir ermöglichen auf die SSI Datenbank zuzugreifen um sicherzustellen, dass meine darin enthaltenen persönlichen Daten korrekt, aktuell und vollständig sind.

Ich autorisiere SSI, autorisierte SSI Tochtergesellschaften und SSI Niederlassungen zur Überprüfung meiner Zertifizierung auf meine Daten zurückzugreifen.

▲ UNTERSCHRIFT \_\_\_\_\_

▲ DATUM \_\_\_\_\_

▲ BEI MINDERJÄHRIGEN DIE UNTERSCHRIFT DER ELTERN ODER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN \_\_\_\_\_

▲ DATUM \_\_\_\_\_

## Beginnen Sie Ihr Abenteuer! Werden Sie ein SSI Open Water Diver.

Tauchen ist der großartigste Sport, den man sich vorstellen kann. Er bedeutet Spaß für jeden - unabhängig von Alter und Leistungsfähigkeit. Tauchen ist perfekt für Familien, Gruppen, Singles und alle die das Abenteuer suchen.

Sprechen Sie mit Ihrem Instructor darüber sich bei einem Tauchkurs anzumelden. Als zertifizierter Taucher können Sie jederzeit Ihrem Hobby nachgehen. Oder finden Sie ein SSI Dive Center in Ihrer Nähe unter [www.diveSSI.com](http://www.diveSSI.com).

## Angaben zum Gesundheitszustand

### An den Kursteilnehmer:

Die nachfolgenden Fragen dienen dazu herauszufinden, ob eine ärztliche Untersuchung vor der Teilnahme am Tauchtraining angezeigt ist. Eine mit **Ja** beantwortete Frage muss Sie nicht unbedingt vom Tauchsport ausschließen. Eine mit **Ja** beantwortete Frage gibt lediglich Aufschluss über einen Zustand, der Ihre Sicherheit beim Tauchen beeinträchtigen kann, und Sie müssen sich tauchsportärztlich untersuchen lassen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen betreffend Ihres momentanen Gesundheitszustands mit **Ja** oder **Nein**. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit **Ja**. Falls eine Frage mit **Ja** beantwortet wird, ist es erforderlich, dass Sie sich bei einem Arzt untersuchen und beraten lassen, bevor Sie am Tauchsport teilnehmen. Ihr Instructor wird Ihnen ein entsprechendes Attestformular für Ihren Arzt aushändigen. **Bitte Ja oder Nein ausschreiben - Nur N reicht nicht**

### Hatten Sie in der Vergangenheit eine der nachfolgend aufgeführten Krankheiten oder leiden Sie momentan an ...

— Sie haben einen erhöhten Cholesterinspiegel?  
— Könnte es sein, dass Sie schwanger sind, oder wünschen Sie eine Schwangerschaft?

— Asthma oder Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung?

— häufigen oder ernstesten Anfällen von Heuschnupfen bzw. Allergien?

— häufigen Erkältungen,

— Nebenhöhlenentzündungen und Bronchitis?

— einer Lungenerkrankung?

— Pneumothorax (Lungenriss)?

— chirurgischen Eingriffen im Bereich des Brustkorbes?

— Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen?

— Epilepsie, Krämpfen, Anfällen, oder nehmen Sie Medikamente zu deren Vermeidung?

— wiederholten migräneartige Kopfschmerzen (oder nehmen Sie Medikamente zu deren Vermeidung)?

— Gedächtnisstörungen oder Ohnmacht bzw. Bewusstlosigkeit?

— häufiger Übelkeit beim Fahren im Boot oder Auto?

— Tauchunfall oder Dekompressionskrankheit?  
— immer wieder auftretende Rückenbeschwerden?

— chirurgischen Eingriffen im Rückenbereich?  
— Diabetes?

— chirurgischen Eingriffen, Verletzungen bzw. Frakturen an Rücken, Armen oder Beinen?

— Unfähigkeit, mäßige Körperübungen zu erfüllen (z.B. 1,5 km in 10 Min. gehen)?

— hohem Blutdruck, oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des Blutdrucks?

— Herzkrankheiten?

— Herzanfällen (Infarkten)?

— Angina Pectoris / chir. Eingriffen an Herz oder Blutgefäßen?

— chirurgischen Eingriffen an Ohren oder Nebenhöhlen?

— Ohrenkrankheiten, Gehörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen?

— Schwierigkeiten beim Druckausgleich bei Fahrten ins Gebirge bzw. im Flugzeug?

— Blutungen bzw. Blutgerinnungsstörungen?

— Weichteilbrüchen (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)?

— Geschwüren, operativ entfernten Geschwüren?  
— Magen-Darm-Probleme?

— übermäßigem Konsum von Medikamenten oder Alkohol?

**Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen erfolgt sind.**

▲ UNTERSCHRIFT \_\_\_\_\_

▲ DATUM \_\_\_\_\_

▲ BEI MINDERJÄHRIGEN DIE UNTERSCHRIFT DER ELTERN ODER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN \_\_\_\_\_

▲ DATUM \_\_\_\_\_