

In te vullen door Duikcentrum: Activiteit:

Intro zwembad

Try Scuba

Hiermit erklärst du, dass du:

- Dich an alle Anweisungen der Tauchschule de Witte Boulevard und/oder deren Mitarbeiter/innen und an alle Regeln halten wirst, die durch die Trainingsorganisationen SSI aufgestellt wurden;
- Gesund bist, nicht unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder sonstigen Betäubungsmitteln und/oder Medikamenten stehst, dass du dich vor Beginn der Tauchausbildung medizinisch durchchecken lässt;
- Bei verursachten Schäden am Material vom de Witte Boulevard, am material Abbrechen Mitarbeiter/innen oder am Ferienpark für alle daraus entstehen den Kosten haftest;
- Bei zwischen zeitlichem abbrechen der Ausbildung / des Tauchkurses keine Rückerstattung bezahlter Beträge erhältst;
- Dass meine persönlichen Daten angelegt werden und an die Ausbildungsorganisation weitergegeben werden;
- Die Unterwasserwelt nicht bewusst beschädigen wirst!

Deine Adresse:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

Email Adresse: \_\_\_\_\_

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

- J / N Sind Sie älter als 45 Jahre, und erfüllen Sie einen der folgenden genannten Punkte?  
J / N Sie haben einen erhöhten Cholesterinspiegel?  
J / N Könnte es sein, dass Sie schwanger sind, oder wünschen Sie eine Schwangerschaft?  
J / N Asthma oder Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung?  
J / N häufigen oder ernsten Anfällen von Heuschnupfen bzw. Allergien?  
J / N häufigen Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen und Bronchitis?  
J / N einer Lungenerkrankung?  
J / N Pneumothorax (Lungenriss)?  
J / N chirurgischen Eingriffen im Bereich des Brustkorbes?  
J / N Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen?

J / N Epilepsie, Krämpfen, Anfällen, oder nehmen Sie Medikamente zu deren Vermeidung?

J / N wiederholten migräneartige Kopfschmerzen (oder nehmen Sie Medikamente zu deren Vermeidung)?

J / N Gedächtnisstörungen oder Ohnmacht bzw. Bewusstlosigkeit?

J / N häufiger Übelkeit beim Fahren im Boot oder Auto?

J / N Tauchunfall oder Dekompressionskrankheit?

J / N immer wieder auftretende Rückenbeschwerden?

J / N chirurgischen Eingriffen im Rückenbereich?

J / N Diabetes?

J / N chirurgischen Eingriffen, Verletzungen bzw. Frakturen an Rücken, Armen oder Beinen?

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

J / N hohem Blutdruck, oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des Blutdrucks?

J / N Herzkrankheiten?

J / N Herzanfällen (Infarkten)?

J / N Angina Pectoris / chir. Eingriffen an Herz oder Blutgefäßen?

J / N chirurgischen Eingriffen an Ohren oder Nebenhöhlen?

J / N Ohrenkrankheiten, Gehörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen?

J / N Schwierigkeiten beim Druckausgleich bei Fahrten ins Gebirge bzw. im Flugzeug?

J / N Blutungen bzw.

Blutgerinnungsstörungen?

J / N Weichteilbrüchen (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)?

J / N Geschwüren, operativ entfernten Geschwüren?

J / N Magen-Darm-Probleme?

J / N übermäßige

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

Unterschrift

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift eines Elternteils bzw. des Erziehungsberechtigten, sofern notwendig

Datum (Tag/Monat/Jahr)



De Witte Boulevard Duikcentrum  
Hogezoom 149  
4325 BH Renesse  
Tel. 0111-461238  
duiken@witteboulevard.nl

Stamp Park auf Zahlung.

