



FORMULAR ZUR GESUNDHEITSERKLÄRUNG / COVID-19

Lies diese Erklärung, bevor Du sie unterschreibst. Du musst diese zusätzliche medizinische Erklärung ausfüllen, um Dich für ein Tauchausbildungsprogramm anzumelden oder an einer Tauchaktivität teilzunehmen. Wenn Du minderjährig bist, musst Du diese Erklärung von Deinen Eltern oder Deinem Erziehungsberechtigten unterschreiben lassen.

MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN FÜR TAUCHER

Mit diesem medizinischen Fragebogen soll sichergestellt werden, dass Du medizinisch tauchfähig bist. Bitte beantworte die folgenden Fragen mit JA oder NEIN. Wenn Du Dir nicht sicher bist, antworte mit JA. Eine positive Antwort bedeutet, dass möglicherweise eine Vorerkrankung vorliegt, die Deine Sicherheit beim Tauchen beeinträchtigen könnte. Wenn einer dieser Punkte auf Dich zutrifft, musst Du Dich vor der Teilnahme an Tauchaktivitäten mit einem Arzt, vorzugsweise einem Spezialisten für Tauchmedizin, beraten.

Innerhalb der 40 Tage, die unmittelbar vor dem Datum dieses Gesundheitserklärungsformulars liegen, hast Du / bist Du:

1. POSITIV ODER VERMUTLICH POSITIV MIT COVID-19 (DEM NEUEN CORONAVIRUS ODER- SARS-COV2) GETESTET ODER ALS POTENZIELLER TRÄGER DES CORONAVIRUS IDENTIFIZIERT WORDEN?
 JA NEIN
2. SYMPTOME AUFTRATEN, DIE HÄUFIG MIT COVID-19 ASSOZIIERT SIND (FIEBER, HUSTEN, MÜDIGKEIT ODER MUSKELSCHMERZEN, ATEMBESCHWERDEN, HALSSCHMERZEN, LUNGENINFEKTIONEN, KOPFSCHMERZEN, GESCHMACKSVERLUST ODER DURCHFALL)?
 JA NEIN
3. AN EINEM ORT/EINER STÄTTE GEWESEN, DER/DIE VON EINER ANERKANNTEN GESUNDHEITS- ODER AUFSICHTSBEHÖRDE ALS GEFÄHRLICH UND/ODER POTENTIELL INFEKTIÖS MIT DEM NEUEN CORONAVIRUS ERKLÄRT WURDE?
 JA NEIN
4. IN DIREKTEM KONTAKT MIT ODER IN UNMITTLBARER NÄHE VON PERSONEN GESTANDEN HABEN, DIE POSITIV AUF DAS NEUE CORONAVIRUS GETESTET WURDEN ODER BEI DENEN EINE MÖGLICHE INFEKTION MIT DEM NEUEN CORONAVIRUS DIAGNOSTIZIERT WURDE?
 JA NEIN

Die von mir gemachten Angaben zu meiner Krankengeschichte sind nach bestem Wissen und Gewissen korrekt. Ich erkläre mich damit einverstanden, die Verantwortung für etwaige Versäumnisse bei der Offenlegung meines bestehenden oder früheren Gesundheitszustands zu übernehmen.

Ich verpflichte mich auch, den Namen des Tauchlehrers / Tauchzentrums über jedes Symptom zu informieren, das nach dem Ausfüllen dieser Erklärung und/oder nach dem Kontakt mit jemandem, der nach Unterzeichnung der Erklärung positiv getestet wurde, auftreten kann.

Vollständiger Name _____ Datum _____
Unterschrift _____

Vollständiger Name des Vormunds _____ Datum _____
Unterschrift _____

ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNGEN / COVID-19

- ICH WERDE, falls darum gebeten wird, während der Teilnahme an der Tauchausbildung/den Tauchaktivitäten, die vom Tauchlehrer / Tauchzentrum arrangiert werden, jederzeit eine Schutzmaske zu tragen und werde alle angemessenen vorbeugenden Maßnahmen ergreifen, die vom Tauchlehrer / Tauchzentrum oder von einer zuständigen Behörde empfohlen werden.
- ICH WERDE alle Anweisungen des Tauchlehrer / Tauchzentrum akzeptieren und befolgen, die dazu dienen, alle bestehenden Vorschriften zu befolgen, die erforderlich sind, um das Risiko einer Übertragung zu verhindern, einschliesslich einer Temperaturmessung vor der Teilnahme an Tauchaktivitäten.
- ICH NEHME ZUR KENNTNIS und AKZEPTIERE, dass diese Erklärung als mein Einverständnis betrachtet wird, dass der Tauchlehrer / Tauchzentrum diese Erklärung aufbewahrt und sie an alle zuständigen Behörden oder Dienstleister weitergibt, um die Sicherheit Dritter zu gewährleisten, die vor, während und nach einer Tauchaktivität mit mir in Kontakt kommen könnten.

Vollständiger Name des Tauchlehrer _____ Datum _____
Unterschrift _____

Vollständiger Name des Vormunds _____ Datum _____
Unterschrift _____