



FRAGEBOGEN ZU EINEM SCHNUPPERTAUCHGANG SPECIAL NEEDS

Datum des Tauchgangs: Ort:

Vorname des Special Needs Tauchers:

Nachname:

Unabhängig von Ihren speziellen Bedürfnissen können Sie einen Schnuppertauchgang machen, wenn Sie keine medizinischen Kontraindikationen haben, die einfachen Anweisungen des Tauchlehrers verstehen und sich ausdrücken können, um ihm zu sagen, wenn etwas nicht in Ordnung ist.

Außerdem müssen Sie eine Taucherbrille tragen, den Kopf unter Wasser halten und den Kontakt und die Nähe zu anderen Menschen ertragen können.

Um Ihre Gesundheit einzuschätzen, kreuzen Sie bitte jene Situationen an, die auf Sie zutreffen:

- Ich habe oft Probleme mit den Ohren, dem Hals oder mit der Lunge.
- Ich habe Ohrenschmerzen, wenn ich fliege oder in die Berge gehe.
- Ich wurde an den Ohren, den Nasennebenhöhlen (Sinus) oder am Herzen operiert.
- Ich hatte in den letzten fünf Jahren immer mal wieder epileptische Anfälle.

Heute (am Tag des Schnuppertauchgangs):

- Ich bin erkältet, habe Husten oder bin kurzatmig.
- Ich habe Ohren-, Sinus- oder Zahnschmerzen.
- Ich werde wegen Diabetes, Herzkrankheiten oder Epilepsie behandelt.

Wenn Sie kein Kästchen angekreuzt haben, ist Ihr Gesundheitszustand mit einem FLASSA Special Needs Schnuppertauchgang vereinbar.

Wenn Sie ein oder mehrere Kästchen angekreuzt haben, ist vor dem Tauchgang ein Besuch beim Arzt Pflicht, um zu bestätigen, dass Sie keine Gegenanzeigen haben, oder um dem Tauchlehrer eventuelle Vorsichtsmaßnahmen zu erläutern.



Ihre spezifischen Bedürfnisse sind:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> physisch, bzw. motorisch | <input type="checkbox"/> Hörstörung/Hörverlust |
| <input type="checkbox"/> Ich brauche einen Rollstuhl. | <input type="checkbox"/> Sehbehinderung |
| <input type="checkbox"/> neurologischer Herkunft | <input type="checkbox"/> psychischer Herkunft |

Ich möchte meine besonderen Bedürfnisse erläutern:

Ich bestätige die Richtigkeit aller angegebenen Daten und unterschreibe¹ den Fragebogen²:

ANGABEN ÜBER DEN TAUCHER, DIE TAUCHERIN:

Vorname: Nachname:

Geburtsdatum: Geschlecht: Frau Mann Anderes

Adresse:

Postleitzahl: Stadt: Land:

Telefon: E-mail :

Hat der Special Needs Diver die Fähigkeit, einer medizinischen Behandlung in seinem eigenen Namen zuzustimmen? Ja Nein

Unterschrift: Datum:

ANGABEN DER ELTERN / DES VORMUNDES (erforderlich, wenn Sie minderjährig sind oder einen gesetzlichen Vormund haben) / Elterliche Genehmigung

Vorname: Nachname:

Beziehung (gesetzlicher Vertreter, Vater, Mutter, ...):

Adresse:

Postleitzahl: Stadt: Land:

Telefon: E-mail :

Unterschrift: Datum:

¹ Wenn Sie minderjährig sind oder nicht in der Lage sind, motorisch oder intellektuell zu unterschreiben, bitten Sie eine Person in Ihrer Umgebung, dies für Sie zu tun, unter "Informationen der Eltern / des Vormunds".

² Nur anonymisierte Daten können für wissenschaftliche Studien aufbewahrt werden.