



## AIDA MEDICAL STATEMENT

### WICHTIG – BITTE LESEN

Freitauchen (Freediving) ist eine anstrengende Tätigkeit, die in der Unterwasser-Umgebung durchgeführt wird, die unter bestimmten Bedingungen ihr Verletzungsrisiko erhöhen kann. Dieses Risiko kann erheblich erhöht werden, wenn sie bestimmte physische Bedingungen haben. Diese gleichen physische Bedingungen wären nicht unbedingt ein Sicherheitsfaktor für andere anstrengende Tätigkeiten oder Sportarten. AIDA verwendet daher den folgenden Fragebogen, um sie auf diese Bedingungen aufmerksam zu machen. Das Versäumen, diese Bedingungen vor dem Freitauchen und den Aktivitäten, bei denen der Atem angehalten wird anzugeben, kann ihre Gesundheit gefährden, ihre Sicherheit und die Sicherheit einer Person, mit der sie in der Zukunft tauchen könnten.

Der Zweck dieses medizinischen Fragebogens ist, herauszufinden, ob sie von ihrem Arzt untersucht werden sollten, bevor sie an der Freitauch-Ausbildung teilnehmen. Eine positive Antwort auf eine Frage disqualifiziert sie nicht unbedingt vom Freitauchen. Eine positive Antwort bedeutet, dass es eine vorbestehende Bedingung gibt, die ihre Sicherheit während des Freitauchens beeinflussen kann und sie **MÜSSEN** den Rat eines Arztes suchen, bevor sie sich in Freitauch-Tätigkeiten engagieren. Der Arzt muss unten auf Seite 2 des Formulars unterschreiben, um zu bestätigen, dass er/sie keine medizinischen Bedingungen findet, die mit dem Freitauchen unvereinbar sind, wenn irgendeine "JA" Box angekreuzt wird.

Bitte beantworten sie die folgenden Fragen zu ihrer vergangenen oder gegenwärtigen Krankengeschichte, indem sie das Kästchen mit **JA** oder **NEIN** ankreuzen. Wenn sie nicht sicher sind, antworten sie **JA**.

### NAME DES FREITAUCHERS \_\_\_\_\_

		JA	NEIN
1	<b>Medikamente:</b> Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein, die entweder rezeptfrei oder von einem Arzt verschrieben sind? Wenn ja, bitte angeben		
2	<b>Mentaler und Stimmungs-Zustand:</b> Haben oder hatten sie psychische Erkrankungen oder Stimmungsstörungen einschließlich, aber nicht beschränkt auf zu Schizophrenie, paranoider Störung oder Anfälle von Hysterie? Wenn ja, bitte angeben		
3	<b>Neurologische Erkrankung:</b> Haben oder hatten sie neurologische Erkrankungen einschließlich, aber nicht beschränkt auf Anfallsleiden, Schlaganfall, Gehirnoperationen, wiederholte Blackouts oder Ohnmachtsanfälle, schwere Migränekopfschmerzen oder Aneurysma der Blutgefäße des Gehirns? Wenn ja, bitte angeben		
4	<b>Kardiovaskulärer Zustand:</b> Haben oder hatten sie Herz-Kreislauf-Erkrankungen einschließlich, aber nicht beschränkt auf Herzinfarkt, Herzoperation, unregelmäßigen Herzschlag, Herzschrittmacher, unkontrolliert erhöhter Blutdruck? Wenn ja, bitte angeben		
5	<b>Lungenerkrankungen:</b> Haben oder hatten sie Lungenerkrankungen einschließlich, aber nicht beschränkt auf Asthma, Vorgeschichte einer spontan kollabierten Lunge, kollabierte Lunge aufgrund von Verletzungen, Zysten oder Lufteinschlüssen der Lunge, schwere Schäden am Lungengewebe, Emphysem, Lungenentzündung oder ein Problem, das ihre Atemfähigkeit beeinträchtigt? Wenn ja, bitte angeben		
6	<b>Hals-Nasen-Ohren-Beschwerden:</b> Haben oder hatten sie Hals-Nasen-Ohren-Beschwerden einschließlich, aber nicht beschränkt auf Tumore, Polypen oder Zysten in den Nebenhöhlen oder Nasenwegen, große Sinusoperationen, anhaltende Sinusinfektion, permanente Löcher im Trommelfell, Vorgeschichte von gerissenem Trommelfell, bleibenden Schläuchen im Trommelfell, stark geschädigtem Gehör oder Hörverlust in einem oder beiden Ohren, große Ohroperationen? Wenn ja, bitte angeben		
7	<b>Augenerkrankung:</b> Haben oder hatten sie Augenerkrankungen einschließlich, aber nicht beschränkt auf schwere Kurzsichtigkeit, Netzhautablösung, Augenoperationen? Wenn ja, bitte angeben		

8	<b>Diabetes Mellitus:</b> Haben oder hatten sie Typ I Diabetes (insulinabhängig) oder Typ II Diabetes, welches Insulin oder orale Medikamente zur Kontrolle benötigt oder jede Form von Diabetes, die instabil, "brüchig" ist oder Episoden von Hypoglykämie produziert, (Niedrigzuckerreaktionen), Hyperglykämie (extrem hoher Blutzucker mit Ketose) oder bei Vorliegen von verwandte Nierenerkrankungen, Augenerkrankungen, Herzerkrankungen oder Blutgefäßerkrankungen? Wenn ja, bitte angeben		
9	<b>Freitauchen/Tauchen Geschichte:</b> Haben oder hatten sie Tauchunfälle einschließlich, aber nicht beschränkt auf schwerwiegenden Blackout, Dekompressionskrankheit, Dekompression der Luft im Innenohr, Umkehrblockade, Lungenquetschung, eine Lungenquetschung, die rosa Schaum produziert, Lungenblutungen? Wenn ja, bitte angeben		
10	<b>Allgemeine medizinische Probleme:</b> Haben oder hatten sie noch nicht erwähnte körperliche und / oder emotionale Zustände, die sich auf sie auswirken können und ihre Sicherheit in einer Unterwasserumgebung beeinflussen oder ihr Urteilsvermögen unter körperlichen oder seelischen Belastungen beeinträchtigen? Falls ja, bitte spezifizieren		
11	<b>Schwangerschaft:</b> Sind sie gerade schwanger?		

Ich bestätige, dass ich die oben genannten Fragen korrekt und ehrlich beantwortet habe.  
Ich bin dafür verantwortlich, falls ich versäumt habe, einen aktuellen oder früheren Gesundheitszustand bekannt zu geben.

Name des Freitauchers:

---

Unterschrift:

---

Geburtsdatum\*:

---

Datum:

---

\*Wenn der Freitaucher jünger als 18 Jahre alt ist, muss dieses Dokument auch von einem Elternteil / Vormund unterzeichnet werden

Unterschrift des Elternteils oder Erziehungsberechtigten des Teilnehmers:

---

Durch den Arzt zu vervollständigen (falls eine "JA" Box angekreuzt wurde)

Ich finde keine medizinische Indikation, die ich für unvereinbar mit Freitauchen halte

Ich kann diese Person nicht für das Freitauchen empfehlen

Name des Freitauchers:

---

Name des Arztes:

---

Unterschrift des Arztes:

---

Datum:

---

Telefonnummer des Arztes:

---

Arztstempel oder Postadresse des Arztes:

Meine Unterschrift auf dem oben genannten bestätigt, dass ich die medizinische Erklärung des Antragstellers vollständig überprüft habe und keine Gegenanzeigen für das Freitauchen gefunden habe.