



Free-Diving.de

Alexandra Schaefer
Unterfürbergerstr. 83
90768 Fürth

eMail: welcome@free-diving.de

Anmeldung

Unter Anerkennung der Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Seminare (siehe unten) melde ich mich verbindlich zu folgendem Seminar an:

Seminartitel: _____

Datum: _____

Teilnehmerangaben

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse/ Hsnr.: _____

PLZ/ Ort: _____

Telefon / Mobil: _____

eMail: _____

Die Teilnahmegebühr beträgt € _____ inkl. MwSt. pro Person (inkl. Brevetierung - zzgl. Badeintritt, ggf. zzgl. Fahrt, Übernachtungen, Leihequipment etc.)

Um den Kursplatz zu sichern, überweise ich die Teilnahmegebühr in voller Höhe auf folgendes Konto

Bank: Sparkasse Ansbach
IBAN: DE44 7655 0000 0009 1033 42
Kontoinhaber: Alexandra Schaefer
Betreff: Seminar + Datum + Teilnehmername (falls vom Kontoinhaber abweichend)

Leihequipment (bitte auswählen)

- Leihequipment wird nicht benötigt
- Leihequipment wird benötigt.
Im Rahmen eines Kurses steht folgendes Leihequipment der Tauchschule Spiritdivers zur Verfügung. Bitte gib bei Anmeldung an, falls und ggf. in welcher Größe Leihequipment benötigt wird.
Die Leihgebühr ist zahlbar vor Ort am ersten Kurstag.

Equipment für Poolsessions

(Preise pro Tag - benötigtes Equipment bitte ankreuzen):

Maske + Schnorchel € 10,-
Flossen kostenfrei (Schuhgröße: _____)

Formular „Taucher Medizincheck“

- Das ausgefüllte und unterschriebene Formular „Taucher Medizincheck“ liegt bei. Sollten sich beim mir bis zum Kurs gesundheitliche Veränderungen ergeben, werde ich das der Organisatorin mitteilen.

Ort / Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)



Allgemeine Geschäftsbedingungen für Seminare

Anmeldungen und Abmeldungen:

Anmeldungen, sowie ggf. Abmeldungen zu den Seminarveranstaltungen können schriftlich erfolgen. Anmeldungen sind verbindlich. Sie erhalten eine Anmeldebestätigung für das Seminar. Hierdurch wird der Vertrag für beide Parteien verbindlich abgeschlossen. Bei Stornierung seitens des Teilnehmers vor Kursbeginn wird die bereits entrichtete Kursgebühr abzgl. € 25,- Stornogebühr für einen späteren Kurs mit Alexandra Schaeff gutgeschrieben. Der Rücktritt seitens des Teilnehmers hat grundsätzlich schriftlich zu erfolgen (email, Brief). Bei Nichterscheinen beträgt die Stornogebühr 100% der Teilnahmegebühr.

Teilnehmerzahl:

Die Teilnehmerplätze sind immer begrenzt, sie werden in der Reihenfolge der Anmeldungen vergeben. Die Veranstalterin behält sich das Recht vor, Seminare bei zu geringer Teilnehmerzahl abzusagen und / oder Ersatztermine anzubieten. Bei Ausfall des Seminars durch Krankheit des Referenten, irrtümliche Terminkollision oder unvorhersehbarer Ereignisse behält sich die Veranstalterin das Recht vor, einen anderen Referenten für das jeweilige Seminar einzusetzen. Ansprüche an die Wahl des Dozenten ergeben sich hieraus nicht. Wird kein Ersatzdozent gestellt, besteht ein Anspruch des Teilnehmers auf Erstattung der Seminargebühr. Weitere Ansprüche bestehen nicht. Deshalb wird empfohlen, gegebenenfalls bei hohen Reisekosten eine Reiserücktrittsversicherung abzuschließen.

Haftung:

Die Teilnahme an den Seminaren ist freiwillig. Jeder Teilnehmer trägt die volle Verantwortung für sich selbst und seine Handlungen inner- und außerhalb des Kurses. Eine Haftung des Veranstalters oder von Referenten für Schäden jeglicher Art erfolgt nur, wenn diese vorsätzlich oder infolge grober Fahrlässigkeit verursacht worden sind.

Daten:

Der Veranstalter ist berechtigt, die ihm mitgeteilten Daten der Teilnehmer für verwaltungstechnische Zwecke zu speichern, und an PADI zu Brevetierungszwecken weiterzugeben. Mit der Anmeldung erklärt sich der Teilnehmer unwiderruflich einverstanden, dass während der Veranstaltung (Fernseh-/Video-/Foto-) Aufnahmen gemacht werden können, die in der Presse, im Fernsehen und im Internet im Rahmen der Berichterstattung und Werbung verwendet werden dürfen. Honoraransprüche seitens des Teilnehmers ergeben sich daraus nicht.

Preise:

Die verbindlichen Seminarpreise entnehmen Sie bitte dem jeweiligen Angebot. Alle Seminare von Alexandra Schaeff in Deutschland unterliegen der gesetzlichen Mehrwertsteuer von 19%. Die Teilnahmegebühr ist bei Anmeldung in voller Höhe an folgende Bankverbindung zu überweisen, um den Seminarplatz zu sichern:

Bank:	Sparkasse Ansbach
IBAN:	DE44 7655 0000 0009 1033 42
Kontoinhaber:	Alexandra Schaeff

Evtl. anfallende Nebenkosten, z.B. bei einer Überweisung aus dem Ausland, gehen zu Lasten des Auftraggebers.

Unwirksamkeit

Sollte eine oder mehrere Bestimmungen dieser Bedingungen unwirksam sein, so berührt dies nicht die Wirksamkeit dieser Geschäftsbedingungen im Ganzen. Die unwirksame Bestimmung gilt vielmehr als durch eine wirksame ersetzt, die dem gewünschten Inhalt bei rechtlicher Zulässigkeit am nächsten kommt. Gerichtsstand ist der Wohnsitz des Veranstalters.

Mit dem Unterschreiben der Anmeldung erklären Sie sich mit diesen Bedingungen – insbesondere zur An- und Abmeldung – einverstanden.

Taucher Medizincheck | Kandidaten-Fragebogen

Sporttauchen und Freitauchen erfordert eine gute körperliche und geistige Gesundheit. Es gibt einige wenige medizinische Bedingungen, die beim Tauchen ein Risiko darstellen können und unten aufgeführt sind. Personen, die an einer dieser Erkrankungen leiden oder dafür prädisponiert sind, sollten von einem Arzt untersucht werden. Dieser medizinische Teilnehmer-Fragebogen für Taucher bietet die Grundlage für die Entscheidung, ob Sie sich um diese Untersuchung bemühen sollten. Wenn Sie Bedenken bezüglich Ihrer Tauchtauglichkeit haben, die sich nicht aus diesem Formular erschließen, sollten Sie sich vor dem Tauchen mit Ihrem Arzt beraten. Wenn Sie sich krank fühlen, vermeiden Sie das Tauchen. Wenn Sie glauben, dass Sie möglicherweise an einer ansteckenden Krankheit leiden, schützen Sie sich und andere, indem Sie nicht an der Tauchausbildung und/oder an Tauchaktivitäten teilnehmen. Bezugnahmen auf "Tauchen" auf diesem Formular umfassen sowohl Sporttauchen als auch Freitauchen. Es ist in erster Linie als Screening im Sinne einer medizinischen Voruntersuchung für Tauchanfänger gedacht, eignet sich aber auch für Taucher, die eine fortgeschrittene Ausbildung absolvieren. Beantworten Sie zu Ihrer Sicherheit und der Sicherheit anderer, die mit Ihnen tauchen, alle Fragen ehrlich.

Anleitung

Füllen Sie diesen Fragebogen als Voraussetzung für einen Sporttauch- oder Freitauch-Kurs aus.

Hinweis für Frauen: Wenn Sie schwanger sind oder versuchen, schwanger zu werden, tauchen Sie nicht.

1	Ich hatte Probleme mit Lunge/Atmung, Herz, Blut oder wurde mit COVID-19 diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten A	Nein <input type="checkbox"/>
2	Ich bin über 45 Jahre alt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten B	Nein <input type="checkbox"/>
3	Ich habe Mühe, mich mäßig zu bewegen (z.B. 1,6 Kilometer/eine Meile in 14 Minuten laufen oder 200 Meter/Yard schwimmen, ohne mich auszuruhen) ODER ich war in den letzten 12 Monaten aus Fitness- oder Gesundheitsgründen nicht in der Lage, an einer normalen körperlichen Aktivität teilzunehmen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
4	Ich habe Probleme mit meinen Augen, Ohren oder Nasengänge/Nasennebenhöhlen gehabt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten C	Nein <input type="checkbox"/>
5	Ich bin in den letzten 12 Monaten operiert worden ODER ich habe anhaltende Probleme im Zusammenhang mit früheren Operationen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
6	Ich habe das Bewusstsein verloren, hatte Migräne, Krampfanfälle, einen Schlaganfall, eine schwere Kopfverletzung oder leide an einer anhaltenden neurologischen Verletzung oder Erkrankung.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten D	Nein <input type="checkbox"/>
7	Ich befinde mich derzeit wegen psychologischer Probleme, Persönlichkeitsstörungen, Panikattacken, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit in Behandlung (oder habe in den letzten fünf Jahren eine Behandlung benötigt) oder es wurde bei mir eine Lernbehinderung diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten E	Nein <input type="checkbox"/>
8	Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten F	Nein <input type="checkbox"/>
9	Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten G	Nein <input type="checkbox"/>
10	Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente ein (mit Ausnahme von Antibabypillen oder Malariamitteln außer Mefloquin (Lariam).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

Kandidaten Erklärung

Wenn Sie alle 10 obigen Fragen mit NEIN beantwortet haben, ist eine medizinische Beurteilung nicht erforderlich. Bitte lesen Sie die nachstehende Teilnehmererklärung und stimmen Sie ihr zu, indem Sie sie unterschreiben und datieren.

Erklärung des Teilnehmers: Ich habe alle Fragen ehrlich beantwortet und verstehe, dass ich die Verantwortung für alle Konsequenzen übernehme, die sich aus Fragen ergeben, die ich möglicherweise ungenau beantwortet habe, oder für mein Versäumnis, bestehende oder frühere Gesundheitszustände offenzulegen.

Teilnehmer Unterschrift (oder bei minderjährigen Erziehungsberechtigte erforderlich)

Datum(TT/MM/JJJJ)

Teilnehmer Name (Druckschrift)

Geburtsdatum (dd/mm/yyyy)

Instruktor Name (Druckschrift)

Einrichtung

*** Wenn Sie auf die Fragen 3, 5 oder 10 ODER auf eine der Fragen auf Seite 2 mit JA geantwortet haben**, lesen Sie bitte die obige Erklärung und stimmen Sie ihr zu, indem Sie diese mit Datum und Unterschrift versehen **UND bringen Sie alle drei Seiten dieses Formulars (Kandidatenfragebogen und Formular für die ärztliche Beurteilung)** zu Ihrem Arzt für eine medizinische Beurteilung. Für die Teilnahme an einem Tauchkurs ist die Zustimmung Ihres Arztes erforderlich.

Taucher Medizincheck | Ausführlicher Kandidaten-Fragebogen

KASTEN A – ICH HABE/HATTE:		
Thoraxchirurgie, Herzchirurgie, Herzklappenoperation, Stentimplantation oder einen Pneumothorax (kollabierte Lunge).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma, Keuchen, schwere Allergien, Heuschnupfen oder verstopfte Atemwege innerhalb der letzten 12 Monate, die meine körperliche Aktivität/ Training einschränken.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ein Problem oder eine Krankheit, die mein Herz betrifft, wie z.B.: Angina pectoris, Brustschmerzen bei Anstrengung, Herzinsuffizienz, Immersions-Lungenödem, Herzinfarkt oder Schlaganfall, ODER ich nehme Medikamente gegen eine Herzerkrankung ein.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederholt Bronchitis und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Eine COVID-19 Diagnose	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN B – ICH BIN ÜBER 45 JAHRE ALT UND:		
Derzeit rauche oder inhaliere ich Nikotin mit anderen Mitteln.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich habe einen hohen Cholesterinspiegel.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich habe hohen Blutdruck.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich hatte einen plötzlichen Tod eines nahen Blutsverwandten oder eine Herzerkrankung oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Lebensjahr ODER ich habe eine familiäre Vorgeschichte mit Herzerkrankungen vor dem 50. Lebensjahr (einschließlich abnormaler Herzrhythmen, koronarer Herzerkrankung oder Erkrankung des Herzmuskels).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN C – ICH HABE/HATTE:		
Innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation der Nasennebenhöhlen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ohrkrankheit oder Ohrchirurgie, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN D – ICH HABE/HATTE:		
Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Anhaltende neurologische Verletzung oder Erkrankung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederkehrende Migränekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN E – ICH HABE/HATTE:		
Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Schwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Es wurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung erfordert.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN F – ICH HABE/HATTE:		
Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Einen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN G – ICH HATTE:		
Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Adipositas Operationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

Taucher Medizincheck | Formular ärztliche Beurteilung

Teilnehmer Name

Geburtsdatum

(Druckschrift)

Datum (TT/MM/JJJJ)

Die oben genannte Person bittet Sie um Ihre Meinung über ihre medizinische Eignung zur Teilnahme an einer Ausbildung oder Aktivität im Freizeit-Gerätetauchen oder Freitauchen. Bitte besuchen Sie uhms.org für ärztliche Beratung über die medizinischen Bedingungen im Zusammenhang mit dem Tauchen. Überprüfen Sie die für Ihren Patienten relevanten Bereiche als Teil Ihrer Beurteilung.

Untersuchungsergebnis

Zugelassen – Ich erkenne keine Bedingungen, die ich mit dem Sporttauchen oder dem Freitauchen für unvereinbar halte.

Nicht zugelassen – Ich erkenne Bedingungen, die ich mit dem Sporttauchen oder dem Freitauchen für unvereinbar halte.

Unterschrift des Arztes

Datum (TT/MM/JJJJ)

Name des Arztes

Spezialisierung

Klinik/Krankenhaus

Adresse

Tel.

Email

Arzt / Klinik Stempel (optional)

Erstellt von [Diver Medical Screen Committee](#) in Zusammenarbeit mit den folgenden Organisationen:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego