

# Anmeldung zum Schnuppertauchen

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Kontaktperson im Bedarfsfall mit Erreichbarkeit:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**PADI IDC Instructor Center**

**Schillerstraße 3  
67677 Enkenbach  
06303-4811**

**0152-01780966**

**[tauchen@easydive.de](mailto:tauchen@easydive.de)**

**[www.easydive.de](http://www.easydive.de)**

**Teilnehmer: Körpergröße \_\_\_\_\_ cm Schuhgröße \_\_\_\_\_ Konfektionsgröße \_\_\_\_\_**

**Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_**

## Medizinischer Fragebogen

Bitte beantworte die folgenden Punkte zu deinem früheren oder momentanen Gesundheitszustand mit „ja“ oder „nein“. **Solltest du einen der aufgeführten Punkte mit „ja“ beantworten, musst du dich vor der Teilnahme am Schnuppertauchen von einem Arzt untersuchen lassen.** Ein entsprechendes Formular findest du unter [www.easydive.de](http://www.easydive.de) mit dem Button „Schnuppern“.

- \_\_\_\_ ich bin derzeit erkältet
- \_\_\_\_ ich habe momentan eine Ohrenentzündung
- \_\_\_\_ ich habe/hatte Probleme oder Erkrankung der Atemwege
- \_\_\_\_ ich habe/hatte Asthma, Atembeschwerden (bei körperlicher Belastung)
- \_\_\_\_ ich habe Probleme mit dem Druckausgleich in den Ohren
- \_\_\_\_ ich bin Diabetiker
- \_\_\_\_ ich habe/hatte eine Herzerkrankung
- \_\_\_\_ ich leide an Schwindel-/Ohnmachts- oder anderen Anfällen
- \_\_\_\_ ich leide an einer Störung des Nervensystems
- \_\_\_\_ ich leide an Verhaltensstörungen wie Platzangst, Panikattacken etc.
- \_\_\_\_ ich hatte kürzlich eine Erkrankung oder Operation
- \_\_\_\_ ich habe/hatte Rückenprobleme oder eine Rückgratsverletzung
- \_\_\_\_ ich nehme momentan Medikamente
- \_\_\_\_ ich bin momentan in ärztlicher Behandlung
- \_\_\_\_ ich hatte eine infektiöse Krankheit (auch Corona)

sonstige Umstände, die beim Schnuppertauchen von Bedeutung sein könnten:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ich bestätige, dass die obigen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden**

**Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

**bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern**

**Unterschrift** \_\_\_\_\_