



Seal Team Erklärung

Teilnehmerinformationen

(vertraulich)

BITTE DRUCKSCHRIFT

Vorname _____ Name _____

Strasse _____

Land _____ PLZ _____ Stadt _____

Tel. Privat (_____) _____ Tel. Geschäft (_____) _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht M F e-Mail _____
(Tag/Monat/Jahr)

Kontaktinformation für Notfälle _____ Beziehung zu dieser Person _____

1. Telefon Nr. (_____) _____ Privat Geschäft Handy/Mobil

2. Telefon Nr. (_____) _____ Privat Geschäft Handy/Mobil

ANGABEN ÜBER DEN GESUNDHEITZUSTAND DES/R TEILNEHMERS/IN

An den/die Teilnehmer/in: Bitte beantworte die folgenden Punkte zu deinem früheren oder momentanen Gesundheitszustand mit "Ja" oder mit "Nein". Solltest du einen der aufgeführten Punkte mit "Ja" beantworten, musst du dich **vor** der Teilnahme am Gerätetauchen von einem Arzt untersuchen lassen. Falls dies zutrifft, musst du zu einem Arzt mit Kenntnissen in Tauchmedizin gehen und dir ein ärztliches Attest ausstellen lassen.

- Ja Nein Ich bin momentan erkältet (Nase zu).
- Ja Nein Ich habe / hatte Probleme oder Erkrankungen der Atemwege.
- Ja Nein Ich habe / hatte Asthma, Tuberkulose oder Emphyseme.
- Ja Nein Ich habe momentan eine Ohrenentzündung.
- Ja Nein Ich habe häufig Probleme, Erkrankungen oder Operationen an den Ohren.
- Ja Nein Ich habe / hatte bereits eine Nebenhöhlenerkrankung.
- Ja Nein Ich habe im Gebirge/im Flugzeug grosse Probleme, den Druck in den Ohren auszugleichen.
- Ja Nein Ich bin Diabetiker.
- Ja Nein Ich habe / hatte Herzerkrankungen (z. B. Kardiovaskuläre Erkrankungen, Angina Pectoris, Herzinfarkt).
- Ja Nein Ich leide an Schwindel-, Ohnmachts- oder anderen Anfällen.
- Ja Nein Ich leide an einer Funktionsstörung des Nervensystems.
- Ja Nein Ich leide an Verhaltensstörungen oder mentalen / psychischen Störungen (Panikattacken, Platzangst).
- Ja Nein Ich habe / hatte Rückenprobleme oder eine Rückgratverletzung.
- Ja Nein Ich nehme momentan Medikament(e) ein, die eine Warnung enthalten, dass sie die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigen können (mit Ausnahme von Medikamenten zur Malariaphylaxe).
- Ja Nein Ich hatte kürzlich eine Erkrankung oder eine Operation.
- Ja Nein Ich bin in ärztlicher Behandlung oder habe eine chronische Erkrankung.

PADI SEAL TEAM HAFTUNGS-AUSSCHLUSS- UND RISIKOÜBERNAHME-ERKLÄRUNG

Bitte vor Unterschrift sorgfältig lesen und die Leerstellen ausfüllen.

Wir, _____ (Elternteil / Erziehungsberechtigte/r) und _____ (Kind / Teilnehmer), bestätigen hiermit, dass es uns bekannt ist und dass wir verstehen, dass es beim Schnorchel- und Gerätetauchen Gefahren gibt, die zu einer schweren Verletzung oder gar zum Tode führen können.

Wir verstehen, dass mit der Durchführung von Tauchaktivitäten in Schwimmbädern oder an Tauchplätzen im begrenzten Freiwasser bestimmte Risiken verbunden sind und erklären ausdrücklich, die Risiken für besagte Verletzungen zu übernehmen.

Wir verstehen, dass es sich beim PADI Seal Team Programm um eine Serie sog. „AquaMissions“ (Tauchgängen) handelt, die in einem Schwimmbad oder an Tauchplätzen im begrenzten Freiwasser durchgeführt werden. Mein Kind (der/die Teilnehmer/in) nimmt möglicherweise an einer oder allen dieser AquaMissions teil. Die AquaMissions umfassen (ohne darauf beschränkt zu sein) fünf (5) Kern-AquaMissionen, welche eine Einführung in grundlegende Tauchfertigkeiten enthalten, sowie zehn (10) Specialty (Spezial) AquaMissionen (Spezialist bei der Identifizierung von Lebewesen, Umwelt Spezialist, Inner Space Spezialist, Navigations Spezialist, Nachttauch Spezialist, Suchen und Bergen Spezialist, Schnorcheltauch Spezialist, Schnappschuss Spezialist, Sicherheits Spezialist und Wrack Spezialist). Weiterhin verstehe ich und stimme damit überein, dass dieses Formular für alle oben aufgeführten PADI Seal Team AquaMissions gilt, an denen mein Kind teilnehmen sollte.

Ich verstehe, dass das Tauchen mit Pressluft mit bestimmten Risiken verbunden ist und dass mein Kind diesen Risiken ausgesetzt sein wird. Dekompressions-Krankheit, Embolie oder andere druckbedingte Verletzungen, die eine Behandlung in einer Druckkammer erfordern, könnten auftreten. Es ist mir des weiteren bekannt, dass diese Aktivitäten an einem Ort durchgeführt werden können, an dem eine Druckkammer nicht zur Verfügung steht oder nicht sofort eingesetzt werden kann. In Kenntnis dieser Risiken bin ich dazu bereit, mein Kind an den entsprechenden Aktivitäten teilnehmen zu lassen, auch wenn eine Druckkammer nicht zur Verfügung steht.

Ich verzichte, auch für mein Kind, gegenüber den durchführenden Tauchlehrern _____, dem Tauchcenter, durch das die Durchführung der Aktivität erfolgt, International PADI Inc., PADI Europe sowie deren Repräsentanten und Mitarbeitern (nachstehend als „haftungsbefreite Partei“ bezeichnet) auf Ansprüche, gleich welcher Art, in Schadensfällen, die im Zusammenhang mit der Teilnahme meines Kindes an der betreffenden Aktivität oder infolge von aktiver oder passiver Fahrlässigkeit der Beteiligten, einschliesslich der haftungsbefreiten Partei, entstehen könnten. Dies gilt für Verletzungen, Todesfälle und sonstige Schadensfälle, von denen mein Kind, ich selbst, meine Familie, meine Erben oder Unterhaltsberechtigten betroffen sein könnten.

Es ist mir bekannt, dass Schnorchel- und Gerätetauchen körperlich anstrengende Aktivitäten sind und dass sich mein Kind während dieser Aktivitäten anstrengen wird. Ich erkläre ausdrücklich, dass, falls mein Kind aufgrund eines Herzanfalls, Panik, Hyperventilation usw. verletzt wird, ich das Risiko der genannten Verletzungen eingehen und die genannten Unternehmen und Personen dafür nicht verantwortlich machen werden.

Sollte es meinem Kind gestattet werden, an dieser Aktivität teilzunehmen, so übernehme ich hiermit persönlich sämtliche mit dieser Aktivität zusammenhängenden Risiken für jeglichen Schaden, jegliche Verletzung oder Schädigung, die mein Kind aufgrund der Teilnahme an der betreffenden Aktivität erleiden könnte, einschliesslich aller damit verbundenen Risiken, seien sie vorhersehbar oder unvorhergesehen.

Zugleich erkläre ich, dass mein Kind, ich selbst, meine Familie, Erben, Vermögensverwalter oder Unterhaltsberechtigte, keinerlei Rechtsansprüche gegen diese Aktivität oder die haftungsbefreite Partei erheben werden, die durch die Teilnahme meines Kindes begründet sein könnten.

Ich erkläre hiermit, dass dieses Formular für alle oben beschriebenen spezialisierten Tauchaktivitäten gilt, an denen mein Kind innerhalb eines Jahres ab dem auf diesem Formular vermerkten Unterschriftsdatum teilnimmt.

Ich verstehe und erkenne an, dass durch das Unwirksamwerden einzelner Bestandteile dieser Vereinbarung aufgrund gegensätzlicher Bestimmungen nationaler oder internationaler Regierungs- oder Verwaltungsbehörden die Wirksamkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt wird und alle anderen Bestandteile in ihrer Gültigkeit und Wirksamkeit nicht beeinträchtigt werden.

Ich erkläre weiterhin, dass ich nach den Gesetzen, die bei der Unterschrift dieser Vereinbarung zur Anwendung kommen, volljährig und dazu berechtigt bin, diese Haftungsschluss- und Risikoübernahme-Erklärung zu unterschreiben und schriftlich der Teilnahme meines Kindes zustimme. Ich verstehe, dass die hier enthaltenen Bestimmungen nicht lediglich informativen sondern rechtlich bindenden Charakter haben und ich und mein Kind diese Vereinbarung aus freiem Willen unterschrieben haben.

ICH, _____ (ELTERNTEIL / ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R) UND ICH _____ (TEILNEHMER/IN), BEFREIEN DIE TAUCHLEHRER, WELCHE DIESE AKTIVITÄT DURCHFÜHREN, DAS TAUCHCENTER, DURCH DAS DIESE AKTIVITÄT DURCHFÜHRT WIRD, INTERNATIONAL PADI INC., PADI EUROPE SOWIE DEREN REPRÄSENTANTEN UND MITARBEITER VON JEDLICHER HAFTUNG FÜR VERLETZUNGEN, VERMÖGENSSCHÄDEN UND TODESFÄLLE, GLEICH WELCHER URSACHE, EINSCHLIESSLICH PASSIVER ODER AKTIVER FAHRLÄSSIGKEIT DER HAFTUNGSBEFREITEN PARTEI, OHNE JEDOCH AUF DIESE BESCHRÄNKT ZU SEIN.

ICH HABE MICH ÜBER DEN INHALT DIESES HAFTUNGSAUSSCHLUSSES VOLLSTÄNDIG INFORMIERT, INDEM ICH DIESEN GELESEN HABE, BEVOR ICH IHN FÜR MICH, MEIN KIND UND AUCH FÜR MEINE ERBEN BINDEND UNTERSCHRIEBEN HABE.

Unterschrift des/r Teilnehmers/in

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift des Elternteils/Erziehungsberechtigten

Datum (Tag/Monat/Jahr)

