



## Registrierungsformular für Try Scuba und Basic Diver

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Nachname	Geburtsdatum (TT/MM/JJ)
<input type="text"/>		
Postanschrift		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail Adresse	Mobiltelefon	

## Notfallkontakt

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Verwandtschaftsgrad
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail Adresse	Mobiltelefon

## Datenschutzerklärung

In dieser Datenschutzerklärung wird erläutert, warum SSI Training Center deine personenbezogenen Daten erhalten. Sie dienen zur Durchführung deiner Ausbildung, der Ausstellung deiner Zertifizierungen, der Verwaltung deiner privaten Daten und notwendiger Punkte zur Erfüllung vertraglich vereinbarter Leistungen.

Mit deiner Registrierung im MySSI System erklärst du dich einverstanden, folgende persönliche Daten weiterzugeben: Name (Vor- und Nachname), Adresse (Postfach), Postleitzahl (PLZ), Stadt, Bundesland, Land, Email-Adresse, Telefonnummer (optional), Geburtsdatum, Foto, Sprache, Geschlecht, SSI-Master-ID, Kurstyp, Kursfortschritt und Zertifizierungsinformationen - Name, Kundennummer (Master-ID), SSI Training Center, Zertifizierender Instructor, Jahr, in dem mit dem Tauchen begonnen wurde, Erfahrungsstufe, Anzahl der Tauchgänge und Ausstellungsdatum.

Mit deiner Einwilligung können die SSI Training Center anschließend auf deine oben beschriebenen persönlichen Daten zugreifen, um dich zu identifizieren, den Status deiner Ausbildungen und Zertifizierungen zu überprüfen oder zu bestätigen, und dir basierend auf deiner Taucherfahrung weitere Ausbildungen und Dienstleistungen anbieten.

Weitere Informationen findest du in der SSI Datenschutzerklärung unter [https://my.divessi.com/myssi\\_privacy](https://my.divessi.com/myssi_privacy).

Lade die kostenlose MySSI App, erhältlich für iOS oder Android! Es gibt eine Vielzahl von Funktionen wie Terminkalender für Kurse und Events, Video-Channel und Referenzen für Handzeichen und Tauchtabellen, die du vor deinem nächsten Tauchgang ansehen und wiederholen kannst. SSI hat die MySSI-App als "All-in-One-Tool" für deine Taucherfahrten konzipiert und bietet dir Zugriff auf deine digitalen Lernmaterialien, dein digitales Logbuch und deine digitalen Anerkennungskarten - alles in einer Hand.

my.divessi.com



MySSI App: iOS



MySSI App: Android



# 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.

<b>1</b>	Ich hatte Probleme mit Lunge/Atmung, Herz, Blut oder wurde mit COVID-19 diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten A	Nein <input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Ich bin über 45 Jahre alt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten B	Nein <input type="checkbox"/>
<b>3</b>	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"/>
<b>4</b>	Ich habe Probleme mit meinen Augen, Ohren oder Nasengänge/Nasennebenhöhlen gehabt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten C	Nein <input type="checkbox"/>
<b>5</b>	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"/>
<b>6</b>	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"/>
<b>7</b>	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"/>
<b>8</b>	Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten F	Nein <input type="checkbox"/>
<b>9</b>	Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten G	Nein <input type="checkbox"/>
<b>10</b>	Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente ein (mit Ausnahme von Antibabypillen oder Malariamitteln außer Mefloquin (Lariam).	Ja * <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

## Teilnehmer Unterschrift

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 (TT/MM/JJJJ)

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 Seitendieses 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

Datum (TT/MM/JJJJ)

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 Herzkrankheit oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Lebensjahr ODER ich habe eine familiäre Vorgeschichte mit Herzkrankheiten vor dem 50. Lebensjahr (einschließlich abnormaler Herzrhythmen, koronarer Herzkrankheit 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"/>

\* Ärztliche Beurteilung erforderlich (siehe Seite 1).

Kandidat(in) Name

Geburtsdatum

(Druckschrift)

Datum (TT/MM/JJJJ)

## Taucher Medizincheck | Formular ärztliche Beurteilung

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](http://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

(Druckschrift)

Klinik/Krankenhaus

Adresse

Telefon / Mobiltelefon

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**



Vorname

Nachname

Durch das Ausfüllen meines Namens erkläre ich, für die Angaben auf diesem Formular verantwortlich zu sein.

# SSI Introductory Scuba Code - Risikoübernahme, Haftungsausschluss & Haftungsfreistellung

(Formular darf nicht in der Europäischen Union und manchen anderen Ländern basierend auf den lokalen gesetzlichen Vorschriften verwendet werden - Das Training Center und die Professionals sind verantwortlich die örtlichen Vorschriften zu kennen und zu befolgen) Dieses Formular wird für SSI Try Scuba und SSI Basic Diver Programme verwendet. Dies ist ein rechtlich bindender Vertrag, der dein Recht zur Einreichung einer Klage ausschließt. Bitte vor dem Unterschreiben sorgfältig durchlesen. Warnung - Beim Tauchen ist die richtige Verwendung der Ausrüstung und die Anwendung der richtigen Techniken lebenswichtig. Diese Verwendung der Ausrüstung und Anwendung der Techniken sind mit Risiken verbunden, die zu schweren Verletzungen, Krankheiten oder zum Tod führen können.

In Anbetracht der Erlaubnis, an einem Einsteigerprogramm Sporttauchen /Tauchausbildungen teilzunehmen, stimme ich \_\_\_\_\_ (Name des Schülers in Druckbuchstaben) ausdrücklich zu, an diese Vereinbarung gebunden zu sein und den SSI Introductory Scuba Diver Code einzuhalten. Ich verstehe, dass diese Vereinbarung zwischen mir, meiner Familie, meinem Nachlass, meinen Erben und jedem, der einen Anspruch in meinem Namen geltend machen kann, geschlossen wird und \_\_\_\_\_ (Training Center in Druckbuchstaben), einschließlich aller Ausbilder, Einrichtungen, Boote und Ausbildungsorte, von denen ich eine Ausbildung erhalte; Scuba Schools International ("SSI"); und jeder ihrer jeweiligen Eigentümer, leitenden Angestellten, Mitarbeiter, Vertreter, Freiwilligen, Vertreter, Auftragnehmer und sonstigen Beteiligten, unabhängig davon, ob sie namentlich genannt wurden oder nicht (im Folgenden als „haftungsbefreite Parteien“ bezeichnet).

Ich übernehme freiwillig alle Risiken von Verletzungen, Krankheiten und Todesfällen, die durch das Tauchen und alle damit verbundenen Tätigkeiten verursacht werden, unabhängig davon, ob diese vorhersehbar sind oder nicht, einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Risiken: Schwimmen, Betreten und Verlassen des Wassers, Stürzen, durch ein Boot verletzt oder von einem Boot zurückgelassen zu werden, Trennung vom Tauchpartner/der Gruppe, Orientierungsverlust, Atem anhalten, vorbestehende Gesundheitszustände, Herzversagen, Überanstrengung, Panik, Ertrinken, druckbedingte Verletzungen, Dekompressionskrankheiten, Umwelteinflüsse und Meereslebewesen, unbekannte Ursachen, Funktionsstörungen der Ausrüstung, unsachgemäße Tauchplanung oder unsachgemäße Handlungen anderer Taucher oder Hilfspersonal (einschließlich Fehlverhalten bei Rettung, Bergung, Wiederbelebung oder Bereitstellung von Nothilfe). Ich verstehe, dass Tauchaktivitäten an Orten durchgeführt werden, die zeitlich und räumlich von medizinischer Versorgung entfernt sind. Ich verstehe diese Risiken und entscheide mich freiwillig, trotz der Risiken teilzunehmen.

Ich erkenne an, dass es in meiner eigenen Verantwortung liegt, den SSI Introductory Scuba Code während aller Tauchaktivitäten einzuhalten:

1. Ich bin für meine eigene Sicherheit und mein Wohlbefinden während aller Tauchgänge verantwortlich, einschließlich, aber nicht beschränkt auf: Druckausgleich in luftgefüllten Hohlräumen, normale Atmung, Aufrechterhaltung meiner Trierung und dass ich stets bei meinem Dive Leader bleibe während des gesamten Tauchgangs.
2. Ich bin dafür verantwortlich, körperlich, medizinisch und geistig fit zu sein, um am Tauchen teilzunehmen. Ich versichere, dass alle persönlichen Daten, die ich in dem Fit-To-Dive Fragebögen angegeben habe, nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und korrekt sind, und ich werde andere nicht für Verletzungen, Krankheiten oder Todesfälle verantwortlich machen oder haftbar machen, die durch die Nichtoffenlegung eines bekannten medizinischen Zustands verursacht wurden
3. Es liegt in meiner Verantwortung, den Atemgasvorrat stets zu überwachen und meinen Tauchgang mit mindestens 500 psi/35 bar zu beenden.
4. Sollte ich ein Problem haben, oder mich nicht wohl fühlen werde ich sofort den Dive Leader informieren
5. Ich werde während meines gesamten Tauchgangs bei meinem Dive Leader bleiben. Wenn ich jedoch getrennt werde und meinen Tauchführer nicht finden kann, steige ich zur Oberfläche auf (achte darauf, während des Aufstiegs auszuatmen) und stelle positiven Auftrieb her, indem ich meine Trierweste aufblase oder meine Gewichte abwerfe.
6. Ich verstehe, dass eine Ausbildung im Gerätetauchen (Recreational Scuba) meine Sicherheit nicht vollumfänglich garantieren kann und Unfälle auch dann auftreten können, wenn Tauchverfahren korrekt angewendet werden.
7. Wenn ich mich nicht wohl fühle, nicht in der Lage bin oder nicht bereit bin, diese Pflichten zu erfüllen, werde ich nicht tauchen.

Ich bin damit einverstanden, die haftungsbefreiten Parteien von allen Ansprüchen, Forderungen, Klagegründen, Klagen und Schadensersatzansprüchen meines Nachlasses, meiner Familie (einschließlich minderjähriger Kinder), Erben, oder andere, die einen Anspruch auf meine Verletzung, Krankheit oder meinen Tod aufgrund einer Handlung oder eines Versäumnisses haben, von jeglicher Haftung zu befreien, einschließlich Fahrlässigkeit durch die haftungsbefreiten Parteien, die mit meiner Tauchausbildung und allen damit verbundenen Aktivitäten verbunden sind. Ich bin damit einverstanden, dass es in meiner Verantwortung liegt, meine Familie und alle Personen, die möglicherweise in meinem Namen gesetzliche Rechte haben, darüber zu informieren, dass ich diesen Vertrag abgeschlossen habe, und es ist meine Absicht, dass sie an diesen Vertrag gebunden sind. Ich bin damit einverstanden, dass ich oder mein Verwalter/Rechtsnachfolger die Kosten der haftungsbefreiten Parteien für alle Ansprüche, die aufgrund meiner Teilnahme am Sporttauchen/Gerätetauchen und aller damit zusammenhängenden Aktivitäten in meinem Namen geltend gemacht werden, in vollem Umfang tragen (bezahlen).

Ich verstehe und erkenne an, dass SSI Training Center und ihre angeschlossenen SSI Professionals in Verbindung mit dem Ausbildungs-Programm an dem ich teilnehme, autorisiert sind verschiedene SSI Marken/Trademarks zu verwenden und SSI Ausbildungen/Training durchzuführen, aber in dieser Funktion nicht als Angestellte, Agenten oder Franchisenehmer von Scuba Schools International oder einer ihrer Mutter-, Tochter- oder verbundenen Unternehmen ("SSI") handeln. Ich verstehe und erkenne an, dass SSI Training Center und ihre angeschlossenen SSI Professionals unabhängig handeln und weder SSI gehören, noch von SSI betrieben werden. Obwohl SSI die Ausbildungsstandards für SSI Tauchausbildungsprogramme festlegt, ist SSI jedoch nicht handelnd verantwortlich und hat auch nicht das Recht, den Betrieb, die Geschäftsaktivitäten und die tägliche Durchführung von SSI Ausbildungsprogrammen und/oder die Betreuung von Tauchern durch das SSI Training Center und angeschlossene SSI Professionals oder Mitarbeitern zu kontrollieren. Ich verstehe und stimme selbst und im Namen meiner Erben sowie Bevollmächtigten zu, dass im Falle einer Krankheit, Verletzung oder meines Todes während dieser Aktivität weder ich noch meine Erben oder Bevollmächtigten das Recht haben, SSI zu verklagen oder für Handlungen, unterlassene Handlungen oder Fahrlässigkeit, welche durch das SSI Training Center und angeschlossene SSI Professionals oder Mitarbeiter verursacht wurden, haftbar zu machen.

Ich habe diese Vereinbarung und den SSI Introductory Scuba Code gelesen. Ich verstehe ausdrücklich meine Verantwortung und bin mir dessen bewusst, dass ich mit meiner Unterschrift verschiedene Rechte und deren rechtliche Ansprüche, die sich aus der Unterzeichnung ergeben, aufbehalte. Ich verstehe, dass dies ein rechtlich bindender Vertrag ist und unterschreibe ihn freiwillig ohne Zwang oder weitere Aufforderung. Ich verstehe, dass dies eine bedingungslose und vollständige Befreiung von jeglicher Haftung ist, soweit dies gesetzlich zulässig ist. Sollte sich herausstellen, dass ein Teil dieser Vereinbarung rechtlich nicht durchsetzbar oder ungültig ist, wird dieser Teil gestrichen, und der Rest hat volle Kraft und Wirkung. Ich bin damit einverstanden, durch diese Vereinbarung gebunden zu sein, ohne Änderungen am vorgedruckten Text. Ich bin über 18 Jahre alt und rechtlich befugt, diese Vereinbarung zu unterzeichnen, oder ich habe die schriftliche Zustimmung meiner Eltern oder Erziehungsberechtigten durch Ausfüllen eines Zusatz-Formulars für Minderjährige erhalten.

\_\_\_\_\_  
Name des Teilnehmers (Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers

\_\_\_\_\_  
Datum (TT/MM/JJ)

\_\_\_\_\_  
Eltern/Erziehungsberechtigte (Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte

\_\_\_\_\_  
Datum (TT/MM/JJ)



Vorname

Nachname

Durch das Ausfüllen meines Namens erkläre ich, für die Angaben auf diesem Formular verantwortlich zu sein.

## ZUSATZ-FORMULAR FÜR JUGENDLICHE ZUR RISIKOÜBERNAHME, HAFTUNGSAUSSCHLUSS UND HAFTUNGSBEFREIUNG

(Formular darf nicht in der Europäischen Union und manchen anderen Ländern basierend auf den lokalen gesetzlichen Vorschriften verwendet werden - Das Training Center und die Professionals sind verantwortlich die örtlichen Vorschriften zu kennen und zu befolgen)

### HINWEIS FÜR DIE ELTERN/ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN DES MINDERJÄHRIGEN

LESE DIESES FORMULAR VOLLSTÄNDIG UND SORGFÄLTIG DURCH. DU STIMMST ZU, DEIN MINDERJÄHRIGES KIND AN EINER POTENTIELL GEFÄHRLICHEN AKTIVITÄT TEILNEHMEN ZU LASSEN. DU STIMMST ZU, DASS, AUCH WENN DIE HAFTUNGSBEFREITEN PARTEIEN DIESE AKTIVITÄT MIT ANGEMESSENER SORGFALT DURCHFÜHREN, DEIN KIND SCHWER VERLETZT ODER GETÖTET WERDEN KANN, WEIL DIE AKTIVITÄT GEFAHREN BEINHÄLTET, DIE NIE GANZ VERMIEDEN ODER AUSGESCHLOSSEN WERDEN KÖNNEN. MIT DER UNTERSCHRIFT AUF DIESEM FORMULAR VERZICHEST DU FÜR DEIN KIND UND DICH SELBST AUF JEGLICHES RECHT DIE HAFTUNGSBEFREITEN PARTEIEN FÜR PERSÖNLICHE VERLETZUNGEN INKLUSIVE TOD DES KINDES ODER SACHSCHÄDEN, DIE SICH AUS DEN NATÜRLICHEN RISIKEN DIESER AKTIVITÄT ERGEBEN, ZU VERKLAGEN. DU HAST DAS RECHT, DIE UNTERZEICHNUNG DIESER VEREINBARUNG ZU VERWEIGERN, UND DIE HAFTUNGSBEFREITEN PARTEIEN HABEN DAS RECHT, DIE TEILNAHME DEINES KINDES AN DER AKTIVITÄT ZU VERWEIGERN, WENN DU DIESES FORMULAR, WELCHES DIE RISIKOÜBERNAHME, DIE HAFTUNGSFREISTELLUNG UND DEN HAFTUNGSAUSSCHLUSS. BEINHÄLTET, NICHT UNTERZEICHNEST.

DIESES ZUSATZ-FORMULAR FÜR JUGENDLICHE ZUR RISIKOÜBERNAHME, HAFTUNGSAUSSCHLUSS UND HAFTUNGSBEFREIUNG IST FÜR EIN JAHR AB DEM UNTERZEICHNUNGSDATUM GÜLTIG.

Name des Teilnehmers (Druckbuchstaben)

Unterschrift des Teilnehmers

Datum (TT/MM/JJ)

Name der Eltern/Erziehungsberechtigten - falls erforderlich (Druckbuchstaben)

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten (falls erforderlich)

Datum (TT/MM/JJ)