



# Anmeldung für Tauchkurs

Vorname / Name: \_\_\_\_\_

Geburtsort / Datum: \_\_\_\_\_

Straße / PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Konfektionsgröße: \_\_\_\_\_ Schuhgröße: \_\_\_\_\_

Wie haben Sie uns gefunden ? \_\_\_\_\_

## **Kursvariante:**

( ) Standart

( ) Standart Flex

( ) VIP Flex

**Kurs / Verband:** \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Leihausrüstung / Preis:** \_\_\_\_\_

## **Vereinbarte Kurs Termine:**

Schwimmbadtermine: \_\_\_\_\_

Theorie / Prüfungstermin: \_\_\_\_\_

Seetermine: \_\_\_\_\_

## **Kurspreis / Anzahlung:**

\_\_\_\_\_

# Anmeldung für Tauchkurs

## Bezahlung

Bei Anmeldung zum Kurs wird eine Anzahlung i. H. v. 50% des Kurspreises fällig. Die Restzahlung muss bei Kursbeginn unserem Konto gutgeschrieben oder bar bezahlt sein. Bei Stornierung des Kurses ohne Grund verfällt die Anzahlung komplett. Kann der Kurs krankheitsbedingt nicht begonnen werden, so kann dieser auf einen späteren Termin verschoben werden. Für die kostenlose krankheitsbedingte Verschiebung des Kurses ist ein Attest zwingend erforderlich, ansonsten ist der komplette Kurspreis fällig. Kurspreise sind unserer Homepage zu entnehmen; alle Preise verstehen sich inkl. der gesetzlicher Mehrwertsteuer.

## Termine

Die Kurstermine werden mit dem Tauchschnule bei Kursanmeldung individuell vereinbart und auf dem Anmeldeformular vermerkt, diese Termine sind verbindlich. Fehlt der Tauchschüler an Teilen des Kurses, erlischt sein Anspruch auf die Unterrichtung dieser Teile, das Nachholen ist kostenpflichtig.

Wichtiger Hinweis: Fällt der Tauchschüler aus Krankheitsgründen aus, hat dieser die Kosten für die Wiederholung zu tragen. Diese Kosten können unter [www.reiseversicherung.de/de/versicherung/eintrittskarten-seminare/](http://www.reiseversicherung.de/de/versicherung/eintrittskarten-seminare/) versichert werden. Der Kurs ist in höchstens 12 Monaten zu absolvieren. Nach dieser Zeit besteht kein Anspruch mehr auf Unterricht oder Brevetierung. Ausnahmen sind nur möglich, wenn die Verzögerungen vom Tauchschüler nicht zu verantworten sind. Die Zertifizierung erfolgt nur nach dem Bestehen aller geforderten Prüfungen und Übungen.

## Ausrüstung

In Abhängigkeit vom Kurs, ist Leihhausrüstung teilweise inklusive. Sollte die Leihhausrüstung nicht inklusive sein so wird dies extra nach der aktuellen Preisliste in Rechnung gestellt. Eine entsprechende Preisliste befindet sich auf unsere Homepage oder kann jederzeit eingesehen werden. Generell sollte der Kursteilnehmer über eine eigene ABC-Ausrüstung (Maske, Schnorchel, Geräteflossen mit Füsslingen), sowie Sicherheitsboje und Reel verfügen, welche im Bedarfsfalle über uns gekauft oder kostenpflichtig verliehen werden kann. Hiervon sind Füsslinge aus hygienischen Gründen grundsätzlich ausgeschlossen. Die Leihhausrüstung ist (gemäß den Anweisungen des Tauchlehrers) pfleglich zu behandeln. Bei mutwilliger oder grob fahrlässiger Beschädigung der Leihhausrüstung müssen Reparatur oder Ersatz in Rechnung gestellt werden. Grundsätzlich weisen wir darauf hin das bei Tauchgängen im Deutschen See aus Sicherheitstechnischen Gründen immer folgende Zusatzausrüstungsgegenstände zu Tragen sind: Handschuhen / Füsslinge / Geräteflossen Diese Ausrüstungsgegenstände sind nicht teil der Leihhausrüstung und müssen vom Tauchschüler gekauft oder mitgebracht werden.

**Angebote hierfür unter <https://tauchen-wiesbaden-mainz.com>**

## Seetauchgänge

Eintrittsgelder zum See werden separat abgerechnet. Die entsprechenden Kosten (max. 10,00 €/Tag) sind am Tag der Freiwassertauchgänge an den Tauchlehrer zu zahlen.

## Datenschutz

Nutzung und Weitergabe personenbezogener Daten soweit Sie uns personenbezogene Daten zur Verfügung gestellt haben, verwenden wir diese nur zur Beantwortung Ihrer Anfragen, zur Abwicklung der mit Ihnen geschlossener Verträge und für die technische Administration. Ihre personenbezogenen Daten werden an Dritte nur weitergegeben, wenn dies zum Zwecke der Vertragsabwicklung erforderlich oder dies zu Abrechnungszwecken erforderlich ist oder Sie zuvor eingewilligt haben. Sie haben das Recht, eine erteilte Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen. Die Löschung der gespeicherten personenbezogenen Daten erfolgt, wenn Sie Ihre Einwilligung zur Speicherung widerrufen, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung des mit der Speicherung verfolgten Zwecks nicht mehr erforderlich ist oder wenn ihre Speicherung aus sonstigen gesetzlichen Gründen unzulässig ist.

# **Anmeldung für Tauchkurs**

**Weitere Infos unter:**

<https://www.tauchertreff-mainz.de/datenschutzerklaerung.html>

## **Bildrechte / Newsletter**

Abtretung der Bildrechte der im Rahmen meines Tauchkurses entstandenen Fotos und Videos an die Tauchschule Tauchertreff-Mainz / Stefan Eimer. Ich habe keine Einwände gegen die Veröffentlichung im Internet oder auf den Webseiten des Tauchertreff-Mainz. Weiterhin erhalte ich den monatlichen Newsletter des Tauchertreff-Mainz.

## **Anlagen**

Ärztliches Attest und  
ERKLÄRUNG ZUM GESUNDHEITZUSTAND (sofern alle Fragen mit  
„Nein“ beantwortet wurden, ausreichend für den Kurs)  
Anmelde & Teilnahmebedingungen für den Tauchsport  
Antrag Aquamed Versicherung

**Hiermit bestätige ich meine verbindliche Anmeldung.**

**Die oben genannten Bedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiert.**

---

**Unterschrift / Datum**



UNDERSEA &  
HYPERBARIC  
MEDICAL SOCIETY



CMAS  
CONFEDERATION INTERNATIONALE  
DES APNEUSTES SCUBA DIVERGENTS  
FEDERATION INTERNATIONALE DE SCUBA DIVING

## 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 meinen Lungen, Atmung, Herz und/oder Blut mit Beeinträchtigung meiner normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit  | Ja <input type="checkbox"/><br>Kasten <b>A</b> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2  | Ich bin über 45 Jahre alt.  | Ja <input type="checkbox"/><br>Kasten <b>B</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"/><br>Kasten <b>C</b> | 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"/><br>Kasten <b>D</b> | 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 Lern- oder Entwicklungsstörung diagnostiziert.          | Ja <input type="checkbox"/><br>Kasten <b>E</b> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 8  | Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.  | Ja <input type="checkbox"/><br>Kasten <b>F</b> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 9  | Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.   | Ja <input type="checkbox"/><br>Kasten <b>G</b> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 10 | Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente ein (mit Ausnahme von Antibiotika oder Malaria-Mitteln 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/mmm/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

|  |                               |                               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>KASTEN A – ICH HABE/HATTE:</b>  |                               |                               |
| Brustkorboperation, Herzoperation, Herzklappenoperation, ein medizinisches Implantat (z.B. Stent, Schrittmacher, Neurostimulator), Pneumothorax und/oder chronische Lungenerkrankung.  | 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"/> |
| Symptome innerhalb der letzten 30 Tage, die meine Lungen, Atmung, Herz und/oder Blut betrafen und meine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigt haben.  | Ja <input type="checkbox"/> * | Nein <input type="checkbox"/> |
| <b>KASTEN B – ICH BIN ÜBER 45 JAHRE ALT UND:</b>   |                               |                               |
| 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 Herzkrankheit oder Erkrankung des Herzmuskels). | Ja <input type="checkbox"/> * | Nein <input type="checkbox"/> |
| <b>KASTEN C – ICH HABE/HATTE:</b>  |                               |                               |
| 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"/> |
| <b>KASTEN D – ICH HABE/HATTE:</b>  |                               |                               |
| 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"/> |
| <b>KASTEN E – ICH HABE/HATTE:</b>  |                               |                               |
| 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 oder besondere Unterbringung 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"/> |
| <b>KASTEN F – ICH HABE/HATTE:</b>  |                               |                               |
| 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"/> |
| <b>KASTEN G – ICH HABE/HATTE:</b>  |                               |                               |
| 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](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 approbierter Arzt oder anderweitig gesetzlich bestallter medizinischer Dienstleister

Datum (TT/MM/JJJJ)

**Name des medizinischen  
Untersuchers**

**Akademischer Grad /  
medizinische Zulassung**

**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**

## Anmeldung und Teilnahmebedingungen für den Tauchsport

Mit der Unterschrift unter die Anmeldung des i.a.c.-Club erkennt der Teilnehmer die nachfolgenden Bedingungen an:

Der Teilnehmer ist drüber belehrt worden, dass die Teilnahme am Tauchsport erhebliche körperliche Belastungen mit sich bringt. Die folgenden Erkrankungen schließen eine Teilnahme an Tauchaktivitäten aus: Epilepsie, tetanisch Anfälle, Bewusstseinsstörungen, Erkrankungen der Ohren, Tuberkulose, Lungen- und Atemwegserkrankungen, Herzfehler, Kreislaufbeschwerden, Veränderungen der Herzkranzgefäße, Blutungsneigung, chronische Augenleiden, Erkrankung der Nase und Nebenhöhlen, Nieren und Gallensteinleiden. Der Teilnehmer erklärt, dass er an keiner diesen Krankheiten leidet und das ihm auch keine anderen Erkrankungen und Leiden bekannt sind, die bei der Belastung des Tauchsports zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können. Die Teilnahme am Tauchsport ist weiterhin untersagt bei Drogen- oder Medikamentensucht oder bei Alkoholmissbrauch innerhalb der vergangenen 12 Stunden vor dem Tauchgang.

Die Sicherheit beim Tauchsport ist nur dann gewährleistet, wenn das gesamte Gerät voll funktionstüchtig ist. Der ordnungsgemäße Zustand der Tauchbasengeräte wird von der Basis regelmäßig und sorgfältig überprüft. Dieser Umstand entbindet den Teilnehmer jedoch nicht von der Pflicht, sich selber vor jedem Tauchgang von der Funktionsfähigkeit der Geräte zu überzeugen. Der Teilnehmer ist verpflichtet, mit einer Trierweste zu tauchen. Der Teilnehmer darf ein eigenes Tauchgerät nur dann benutzen, wenn es den Örtlichen TÜV-Bestimmungen, bzw. den jeweiligen Landesbestimmungen entspricht. Der Teilnehmer haftet für alle Schäden, die sich daraus ergeben, dass sein Gerät nicht funktionstüchtig ist. Dem Teilnehmer wird dringend empfohlen, eine Unfall- und Haftpflichtversicherung abzuschließen.

Das Mindestalter für den Tauchkurs ist 10 Jahre, bzw. richtet sich nach dem geltenden Landesvorschriften. Bei Minderjährigen muss das schriftliche Einverständnis der / des Erziehungsberechtigten vorliegen.

Der Teilnehmer muss die allgemeinen gültigen Tauchregeln der Internationalen Tauchverbände beachten und einhalten, sowie die gültigen Versicherungsbedingungen beachten.

Wir machen nur Nullzeit-Tauchgänge. Die maximale Tiefe von 40 Meter nicht überschreiten!

Während der Teilnahme am Tauchsport ist den Weisungen des Tauchlehrers / Dive Leader Folge zu leisten. Auch sind die besonderen Bedingungen vor Ort zu beachten. Zuwiderhandlung haben den sofortigen Ausschluss zu Folge.

Die Tauchlehrer / Dive Leader haften nur für diejenigen Schäden, die auf ein vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten des Tauchlehrers / Dive Leader zurückzuführen sind. Der i.a.c.-Club haftet nicht für Verluste, Beschädigungen oder Diebstahl von Sport oder persönlichen Geräten, die der Teilnehmer auf der Basis oder Booten des i.a.c. - Clubs lagen.

\_\_\_\_\_  
Name Teilnehmer/in (in Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/Erziehungsberechtigter (wenn minderjährig)

\_\_\_\_\_  
Datum (Tag/Monat/Jahr)



1. Persönliche Daten (bitte in Blockschrift schreiben):

Form fields for personal data: Vorname, Nachname, Geb.-dat., Straße & Hausnr., PLZ, Ort, Land, Telefonnr., Mobil, E-Mail, Verband & Nr., Sprache, and consent questions.

2. Wie hast Du von der dive card erfahren?

Form fields for how the user discovered the dive card: Tauchschule/-lehrer, Social Media, Internet, Messe.

3. Übst Du berufliche Unterwassertätigkeiten aus?

Form fields for professional underwater activities: Tauchlehrer/-assistent, UW-Fotograf/-Führer, UW-Biologe/-Archäologe.

4. Wähle Deine dive card

Form fields for selecting a dive card: dive card basic (60,- €), dive card family (130,- €)\*\* (mit dive card professional Leistungen auf Anfrage), dive card professional (160,- €).

Form fields for start of contract: Wünschst Du einen sofortigen Vertragsbeginn? (ja\*, später zum: [ ] . [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ])

\*\*Nur bei dive card family: Zusätzlich mitversicherte Familienmitglieder in häuslicher Gemeinschaft lebend:

Form fields for family members: Vor- & Nachname, Geb.-dat., m/w selection for three family members.

Für die Angabe weiterer Kinder bitte Beiblatt mitsenden.

5. Wähle Deine Zahlungsmethode

Form fields for payment method: per Rechnung, per SEPA Basislastschrift (Die Mandatsnummer wird Dir separat mitgeteilt. Zahlungsempfänger: Medical Helpline Worldwide GmbH)

Form fields for SEPA payment: Kontoinhaber, Anschrift, IBAN (max. 35 Stellen), BIC (8 oder 11 Stellen), Kreditinstitut.

Ich ermächtige die Medical Helpline Worldwide GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Medical Helpline Worldwide GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Diese Einzugsermächtigung ist bis zum schriftlichen Widerruf für die gesamte Vertragslaufzeit gültig, auch für die Folgebeiträge.

Form fields for signature: Ort, Datum, Unterschrift Kontoinhaber (marked with a red X).

Hinweis: Wenn Du per Kreditkarte zahlen möchtest, wähle zunächst bitte die Zahlungsmethode „per Rechnung“ aus. Du erhältst per E-Mail eine Eingangsbestätigung inklusive Logindaten und kannst die Zahlungsmethode dann online im Kundenportal ändern.

Vertragsbedingungen der aqua med cards

Die umseitigen „Vertragsbedingungen der aqua med cards (Vers. 02.2022)“ habe ich zur Kenntnis genommen.

Datenschutzhinweis

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Informationspflichten nach Art. 13 DSGVO (https://www.medical-helpline.com/datenschutzhinweise/) einsehen konnte. Ich bin mir zudem bewusst, dass meine personenbezogenen Daten für die Vertragsdurchführung notwendig sind und diese für die Abwicklung des Vertrages auch an die Versicherer und Vertriebspartner der Medical Helpline Worldwide GmbH sowie ggf. an Kooperationspartner und bei Vereinsmitgliedschaften weitergegeben werden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber der MHW widerrufen. Ein Widerruf führt dazu, dass bestimmte Leistungen dann nicht mehr in Anspruch genommen werden können. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meiner Daten ist Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.

Form fields for signature: Ort, Datum, Unterschrift (marked with a red X).

## I Datenschutzrechtliche Bestimmungen

### 1. Information zur Verwendung Deiner Daten

Zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen die Medical Helpline Worldwide GmbH und die Versicherer personenbezogene Daten von Dir. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Du kannst gemäß DSGVO und BDSG jederzeit Auskunft über Deine gespeicherten Daten bei

Medical Helpline Worldwide GmbH – aqua med  
Otto-Lilienthal-Str. 18  
28199 Bremen

Tel: +49 421 240 110-0, E-Mail: [service@aquamed.eu](mailto:service@aquamed.eu)

beantragen und die meisten Daten (außer Gesundheitsdaten aus Leistungsfällen) im aqua med Kundenportal unter <https://customer.aqua-med.eu/customers/> unter Verwendung Deiner persönlichen Zugangsdaten direkt einsehen. Deine weiteren Rechte findest Du in unseren Datenschutzhinweisen nach Artikel 13 DSGVO: <https://www.medical-helpline.com/datenschutzhinweise/>.

### 2. Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten

Grundlage für die Verarbeitung und Nutzung Deiner personenbezogenen Daten sind die DSGVO, das BDSG sowie die Zusatzregelungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG/ Schweizer VVG). Zur Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Deiner Daten ist Deine datenschutzrechtliche Einwilligung notwendig, ohne die dieser Vertrag nicht zustande kommen kann.

### 3. Verarbeitung und Nutzung Deiner Gesundheitsdaten

Die Medical Helpline Worldwide GmbH ist ein medizinisches Dienstleistungsunternehmen und unterliegt damit der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB). Damit unterliegen auch Deine hinterlegten Gesundheitsdaten der ärztlichen Schweigepflicht und werden ohne gesonderte Zustimmung von Dir nicht an Dritte, auch nicht an Versicherer, weitergeleitet.

Eine Ausnahme besteht dann, wenn Deine Gesundheitsdaten im Notfall für Deine medizinische Behandlung erforderlich werden und unsere Ärzte die Weitergabe dieser Informationen an Behandlungszentren für notwendig erachten. In diesem Fall können wir diese Informationen auch dann an die Therapieeinrichtung weitergeben, wenn wir nur mündlich Hinweise auf einen Notfall von Dir haben, um damit eine schnellere und sichere Behandlung zu gewährleisten.

### 4. Prüfung der Leistungspflicht

Zur Erbringung von Assistenzleistungen und zur Prüfung der Leistungspflicht der Versicherer kann es erforderlich sein, dass die MHW oder die Versicherer Angaben über Deine gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Du zur Begründung von Ansprüchen gemacht hast oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten etc.) oder Mitteilungen eines Arztes oder sonstiger Angehöriger eines Heilberufes ergeben.

Dies erfolgt nur, soweit es erforderlich ist und Du in die Datenerhebung einwilligst und die Stellen, die über entsprechende Gesundheitsdaten verfügen, von ihrer Schweigepflicht entbindest. Du kannst diese Erklärungen später im Einzelfall abgeben.

## II Wichtige Hinweise

Der Vertrag ist gültig für Personen mit Wohnsitz in der EU und Schweiz/Liechtenstein. Die Angabe Deines Wohnsitzes dient als Kontaktadresse und ist maßgeblich für die Gültigkeit der Auslandsreisekrankenversicherung. Nur in Ländern außerhalb Deines ständigen Wohnsitzes gilt der Auslandsreisekrankenversicherung! Änderst Du innerhalb der Vertragslaufzeit Deinen Wohnsitz in ein Land außerhalb der EU oder Schweiz/Liechtenstein, so erlischt die Vertragsgrundlage. Bereits gezahlte Beiträge werden nicht zurückerstattet.

Vertragspartner und Versicherer für Kunden mit Wohnsitz Schweiz/ Liechtenstein sind die Chubb Versicherungen (Schweiz) AG sowie die UNIQA Versicherung AG in Vaduz.

Versicherer für Kunden mit Wohnsitz EU sind die Chubb European Group SE und R+V Allg. Versicherung AG.

Es gilt deutsches Recht, für Kunden mit Wohnsitz in der Schweiz/in Liechtenstein gilt abweichend das dortige Versicherungsrecht. Alle Preise verstehen sich in Euro und inkl. MwSt. Der Vertrag beginnt mit Eintreffen des Antrags bei aqua med sofern kein späterer Vertragsbeginn angegeben oder keine Auswahl getroffen wurde. Die Laufzeit beträgt ein Jahr und verlängert sich danach auf unbestimmte Zeit. Nach dem ersten Vertragsjahr ist eine Kündigung jederzeit mit einer Frist von einem Monat möglich.

Daten- und Adressänderungen sind umgehend mitzuteilen. Grundlage dieses Vertrages sind die Vertrags- und Versicherungsbedingungen, die Du Dir von unserer Webseite ([www.aqua-med.eu](http://www.aqua-med.eu)) herunterladen oder jederzeit von uns anfordern kannst.

### 1. Zahlungsarten

Der erste Beitrag ist je nach Zahlart fällig:

- per Rechnung: Zahlung bis 14 Tage nach Ausstellung der Erstrechnung
- per SEPA-Lastschrift: Abbuchung 14 Tage nach Ausstellung der Erstrechnung
- per Kreditkarte: Verifizierung der Kreditkarte bei unserem Zahlungsdienstleister und Abbuchung nach Antragsbearbeitung, spätestens bei Vertragsbeginn

Solltest Du einer Abbuchung unberechtigt widersprechen oder sollte der Einzug aus Gründen scheitern, die nicht die MHW zu vertreten hat, behalten wir uns vor, die uns tatsächlich entstandenen Kosten an Dich weiterzuleiten.

Bei ungekündigtem Vertrag werden die Beiträge jeweils nach einem Zeitjahr fällig und entsprechend der Zahlart automatisch eingezogen.

### III Widerrufsrecht im Wege des Fernabsatzes

Du hast bei Abschluss außerhalb unserer Geschäftsräume und bei Abschluss über Fernkommunikationsmittel das Recht, diesen Vertrag binnen 14 Tagen ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Um Dein Widerrufsrecht auszuüben, musst Du uns mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. ein mit der Post versandter Brief, ein Telefax oder eine E-Mail) und unter Angabe Deiner vollständigen Kontaktdaten über Deinen Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Du kannst dafür das Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist. Dieses steht auf unserer Webseite (<https://www.aqua-med.eu/faq/fragen-zum-vertrag/>) und/oder im Kundenportal zum Download bereit. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Du die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absendest. Für Kunden mit Wohnsitz in der Schweiz/Liechtenstein wird das Widerrufsrecht ebenfalls gewährt.

#### Folgen des Widerrufs:

Wenn Du diesen Vertrag widerrufst, haben wir Dir alle Zahlungen, die wir von Dir erhalten haben, unverzüglich und spätestens binnen 14 Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Deinen Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Du bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt hast, es sei denn, mit Dir wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart. In keinem Fall werden Dir wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet.

### IV Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieser Vertragsbedingungen unwirksam sein, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung soll dann eine wirksame Regelung treten, deren Zielsetzung der unwirksamen Bestimmung am nächsten kommt.

Geschäftsführer:  
Sven Aumann  
Marco Röschmann (ärztl. Leiter)  
Handelsregister HRB 20515  
Amtsgericht Bremen

Bank: Apotheker- und Ärztebank  
IBAN: DE16 3006 0601 0105 3501 15  
BIC: DAAEDEDXXX  
Gläubiger ID: DE84MHW0000088473  
USt-IDNr.: DE219056749

**aqua med**  
eine Marke der Medical Helpline Worldwide GmbH  
Otto-Lilienthal-Str. 18 • 28199 Bremen • Deutschland  
Tel.: +49 421 240 110-0 • Fax: +49 421 240 110-19  
[info@aquamed.eu](mailto:info@aquamed.eu) • [www.aqua-med.eu](http://www.aqua-med.eu)