

TAUCHSCHULE DANKERN

Helga und Jürgen Thiemoetz

Osterfeldstr. 11, 49716 Meppen

Tel: 05931/20659, Fax: 29841, Funk: 0171/6852539, e-mail: info@tauchschule-dankern.de

<http://www.tauchschule-dankern.de/>



Teilnehmerklärung

Die Tauchschule Dankern bietet die Möglichkeit, das Tauchen mit Druckluft in Form eines „Schnuppertauchgangs“ unter fachlicher Begleitung kennen zu lernen und auszuüben.

Ich bzw. meine Tochter/mein Sohn möchte(n) daran teilnehmen.

Teilnehmer:

Name: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Straße: _____ Tel: _____

Email: _____

Mir ist bekannt, dass das Tauchen mit Druckluft mit Risiken verbunden ist. Bestimmte Krankheitsbilder schließen das Tauchen definitiv aus. Über meinen Gesundheitszustand/den meines teilnehmenden Kindes mache ich die folgenden Angaben (zutreffend bitte ankreuzen):

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ich bin aktuell nicht erkrankt und hatte in den letzten 14 Tagen auch keinen Kontakt zu erkrankten Personen (z.B. Covid 19) | <input type="radio"/> Ich habe Asthma, Tuberkulose oder Bronchitis oder eine ähnliche Erkrankung |
| <input type="radio"/> Ich bin momentan erkältet (Nase zu) | <input type="radio"/> Ich habe Platzangst |
| <input type="radio"/> Ich nehme derzeit die Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigende Medikamente ein | <input type="radio"/> Ich rauche 20 oder mehr Zigaretten/Tag |
| <input type="radio"/> Ich trage Prothesen | <input type="radio"/> Beim Fahren in die Berge/beim Fliegen habe ich Probleme, den Druck in den Ohren auszugleichen |
| <input type="radio"/> Ich leide an Atemwegserkrankungen | <input type="radio"/> Ich leide an einer Nervenerkrankung |
| <input type="radio"/> Ich bin Diabetiker | <input type="radio"/> Ich bin derzeit in ärztlicher Behandlung |
| <input type="radio"/> Ich leide an Schwindel-, Ohnmachts- oder anderen Anfällen (Epilepsie u.a.) | <input type="radio"/> Ich leide an einer chronischen Krankheit |
| <input type="radio"/> Ich habe/hatte eine Herzerkrankung | <input type="radio"/> Ich nehme Drogen |
| <input type="radio"/> Ich habe momentan eine Ohrenentzündung | <input type="radio"/> Ich habe/hatte eine Schädelbasisverletzung |
| <input type="radio"/> Ich leide unter Nebenhöhlenerkrankungen | <input type="radio"/> Ich leide an Erkrankungen des Bewegungsapparates |
| <input type="radio"/> Ich musste mich in den letzten vier Monaten einer Operation unterziehen | <input type="radio"/> Ich neige zu Panikreaktionen |
| <input type="radio"/> Ich habe/hatte eine Trommelfellerkrankung | <input type="radio"/> Ich kann nicht schwimmen |
| <input type="radio"/> Ich bin schwanger | |

Bitte wenden!

Ich bin darüber informiert, dass eine Teilnahme am Schnuppertauchen nur möglich ist, wenn keine der vorstehenden Aussagen über meinen Gesundheitszustand zutrifft.

Mir ist bekannt, dass die gesundheitlichen Risikofaktoren in der vorstehenden Auflistung nicht abschließend aufgezählt sind. Im Zweifel habe ich einen Arzt aufzusuchen. Das verbleibende medizinische Risiko trage ich selbst.

Meine Teilnahme am Schnuppertauchen erfolgt auf eigene Gefahr und Risiko.

Ich verzichte hiermit ausdrücklich gegenüber meinen Tauchgangsbegleitern wie auch der Tauchschule Dankern sowie ihren Repräsentanten und Hilfspersonen auf sämtliche Ansprüche –gleich welcher Art- aus Schadensfällen, die im Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Schnuppertauchen eintreten, es sei denn, die vorstehenden Personen oder die Tauchschule Dankern handeln grob fahrlässig oder vorsätzlich.

Die Haftung für leichte Fahrlässigkeit ist ausgeschlossen.

Der Verzicht gilt ferner für Verletzungen aller Art. Ich übernehme sämtliche mit dem Schnuppertauchen zusammenhängenden Risiken für jegliche Schäden, jegliche Verletzungen oder Folgeschäden, die ich auf Grund meiner Teilnahme am Schnuppertauchen erleiden könnte – unabhängig davon, ob sie vorhersehbar sind oder nicht-, soweit sie nicht auf vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten eines Dritten zurück zu führen sind.

Ich habe mich über den Inhalt dieses Haftungsverzichts vollständig informiert, indem ich diesen gelesen habe, bevor ich meine Unterschrift leiste.

Bei minderjährigen ist diese Erklärung durch die Erziehungsberechtigten zu unterschreiben.

Sollte ein Teil dieses Haftungsausschlusses unwirksam sein, berührt dies nicht die Wirksamkeit der sonstigen Erklärungen.

Die hier als Bild

SSI

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

Datenschutzerklärung

In dieser Datenschutzerklärung wird erklärt, warum SSI Training Center deine personenbezogenen Daten erheben, für wem zur Durchführung deiner Ausbildung die Ausübung deiner Zerifikationsleistungen, die Verwaltung deiner privaten Daten und notwendiger Punkte zur Erfüllung vertraglich vereinbarter Leistungen.

SSI übertrifft diese Datenschutzerklärung regelmäßig auf die Anforderungen und in Hinblick auf Änderungen der DSGVO (Europäische Datenschutzverordnung) und anderer relevanter Bestimmungen. Bei Bedarf wird die Datenschutzerklärung aktualisiert, um neuen Anforderungen zu entsprechen.

SSI und die SSI Training Center legen gemeinsam den Zweck, den Umfang und die Bereitstellung von Ausbildungsinhalten sowie die Verarbeitung, Ausübung und Bereitstellung von Zerifikationsleistungen anhand deiner im SSI System gespeicherten personenbezogenen Daten fest. Das SSI System wird gehostet und gepflegt von der SSI International GmbH, Johann-Hauffhuth-Strasse 4, 80329 München, Deutschland. E-Mail: info@ssi.com, Tel.: +49 89 229 809100.

Wenn du Fragen hast oder eine Kopie der SSI Cookie-Verordnung möchtest, in der die oben genannte Verwendung und die Schutzmaßnahmen für deine persönlichen Daten beschrieben sind, siehe den folgenden Link auf https://my.ssi.com/ssi_de_privacy_policy.

1. SSI Authorisiertes Training Center "Datenschutzbeauftragter"

Name des SSI Training Centers _____

Strasse, Postfach _____

Postleitzahl, Stadt _____

Staat, Land _____

2. Personenbezogene Daten

Personenbezogene Daten sind alle Informationen, die sich auf eine einzelne Person ("Datensubjekt" / "Person") beziehen. Eine Identifikation natürlicher Person ist eine Person, die direkt oder indirekt anhand von Informationen wie Name, Identifikationsnummer, Standortdaten oder Online-Identifikation identifiziert werden kann. Name (n), Adresse (n), Telefonnummer (n), E-Mail-Adresse (n), Benutzer-ID (n), Kreditkartennummer (n), Social Media Konten-ID (n), Login-Bezeichnung (n), IP-Adresse (n) und GPS-Daten gelten als personenbezogene Daten.

3. Verarbeitung deiner personenbezogenen Daten

Die SSI International GmbH, die SSI Training Center, SSI Instruktor:innen und andere SSI-Professionals sind mitgliedmaßen alle an deiner Ausbildung und Verarbeitung sowie Übermittlung deiner Zerifikationsleistungen beteiligt. Die folgenden personenbezogenen Daten werden erfasst und verarbeitet:

- Vorname und Nachname	- Geschlecht	- Anwesenheit an einem Training Center
- Adresse Postfach	- Foto	- SSI-App-Serviceleistungen
- Postleitzahl, Stadt	- Sprache	- Medizinische Informationen
- Staat, Land	- SSI-Mitglieds-ID	- Versuchsprotokolle (z.B. Tauchprotokolle)
- E-Mail-Adresse	- An der Ausbildungsprogrammierung, Kursprogramm	- SSI-Professionalsnummer (nur für SSI-Professionals)
- Telefonnummern (optional)	- Zerifikationsleistungen (inkl. Daten, Audiodatei, Audioaufnahme, Anzahl der Zerifikationsleistungen, Zerifikationsprotokolle)	- Qualitätsmanagementdaten (für Profis)
- Geburtsdatum		

Eingefügte dreiseitige Datenschutzerklärung habe ich im Original gelesen und stimme ihr mit meiner Unterschrift zu.

Haren, den _____

Unterschrift Teilnehmer

Erziehungsberechtigte: _____