

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

AIDA Tauchausflug

Mit dieser Erklärung verzichten Sie auf Ansprüche, gleich welcher Art, gegenüber AIDA Cruises/ASH, Tauchschule AIDA und Scuba Schools International, sowie gegenüber allen Tauchlehrern, Funktionären und Mitarbeitern von AIDA Cruises/ASH und Scuba Schools International, gegenüber den örtlichen Tauchschulen und deren Tauchlehrern vor Ort. Diese Erklärung kann vor Gericht gegen Sie verwendet werden, falls Sie eine der von Ihnen von der Haftung befreiten Partei oder Person verklagen sollten. Lesen Sie bitte sorgfältig, füllen Sie alle Lücken im Text aus, und zeichnen Sie jeden Absatz mit Ihren Initialen ab, bevor Sie die Erklärung unterschreiben.

Ich,, bestätige hiermit, dass ich bezüglich der Gefahren des Schnorchel- und Gerätetauchens beraten und ausführlich informiert wurde.

..... Es ist mir bekannt, dass das Tauchen mit Pressluft mit Risiken verbunden ist. Es können Dekompressionskrankheit, Embolie oder andere druckbedingte Verletzungen, die eine Behandlung in einer Druckkammer erfordern, eintreten. Des weiteren ist mir bekannt, dass die Freiwasser-Tauchgänge, die zum Training und für eine Brevetierung erforderlich sind, an einem Tauchplatz erfolgen können, bei dem eine Druckkammer nicht zur Verfügung steht oder nicht sofort eingesetzt werden kann. In Kenntnis dieser zusätzlichen Risiken bin ich bereit, an diesen Trainings-Tauchgängen teilzunehmen, auch wenn eine Druckkammer nicht zur Verfügung steht.

..... Ich verzichte gegenüber meinen Tauchlehrern von AIDA Cruises/ASH, durch welche meine Ausbildung erfolgt, Scuba Schools International, sowie deren Repräsentanten und Mitarbeitern (nachstehend als „haftungsbefreite Partei“ bezeichnet), den Tauchschulen mit deren Tauchlehrern vor Ort, auf Ansprüche, gleich welcher Art, in Schadensfällen, die im Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Tauchkurs, sowie bei den Freiwasser-Tauchgängen eintreten können. Der Verzicht gilt insbesondere für Verletzungen aller Art, auch soweit sie zu meinem Tode führen sollten, mit der Maßgabe, dass auch meine Unterhaltsberechtigten und meine Erben im Hinblick auf diese Verzichtserklärung gegenüber der „haftungsbefreiten Partei“ sowie gegenüber AIDA Cruises/ASH keine Ansprüche geltend machen können.

..... Sollte es mir gestattet werden, an diesem Kurs teilzunehmen, so übernehme ich hiermit sämtliche mit diesem Kurs zusammenhängende Risiken für jeglichen Schaden, jegliche Verletzung oder Schädigung, die mich aufgrund meiner Einschreibung zum Kurs und meiner Teilnahme befallen könnten, einschließlich aller damit verbundenen Risiken, seien sie vorhersehbar oder unvorhergesehen.

..... Zugleich erkläre ich, dass ich selbst, meine Familie, Erben oder Vermögensverwalter keinerlei Rechtsansprüche gegen diesen Kurs oder die „haftungsbefreite Partei“ erheben werden, weder im Verlaufe dieses Kurses noch nach erfolgter Brevetierung.

..... Es ist mir bekannt, dass Schnorchel- und Gerätetauchen körperlich anstrengende Aktivitäten sind und dass ich mich bei diesem Kurs anstrengen werde, und ich erkläre ausdrücklich, dass, falls ich aufgrund eines Herzanfalls, aufgrund von Panik, Hyperventilation usw. verletzt werde, ich das Risiko der genannten Verletzungen eingehe und die genannten Personen und Unternehmen dafür nicht verantwortlich machen werde.

..... Ich verstehe, dass diese Bedingungen Vertragsbestandteile sind und nicht lediglich erwähnt werden und dass ich dieses Dokument aus freiem Willen unterschrieben habe.

An Bord wurde mir eine Tauchsportversicherung für 6 Euro angeboten, die ich aus persönlichen Gründen ablehne. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ich ohne Tauchsportversicherung bei einer eventuellen Verletzung, resultierend durch den ausgeübten Tauchsport, für alle anfallenden Arzt- und Krankenhauskosten sowie für die daraus entstehenden Folgekosten selbst aufkommen werde.

Es ist mir bewusst, dass ich durch diese Erklärung meine Tauchlehrer, AIDA Cruises/ASH, Scuba Schools International sowie deren Repräsentanten und Mitarbeitern, den Tauchschulen mit deren Tauchlehrern vor Ort, von jeglicher Haftung befreie, für Schäden gleich welcher Art, auch Vermögensschäden, die für mich, meine Unterhaltsberechtigten und Rechtsnachfolger durch eine Teilnahme an den Tauchaktivitäten eintreten können.

Ich verstehe und bin damit einverstanden, dass SSI meine persönlichen Daten, die ich während des Kurses angegeben habe, zum Zweck der Tauchausbildung und zur Bestätigung der Zertifizierung speichert. Dazu gehören u.a., aber nicht ausschließlich, Name, Adressinformationen, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Lichtbildausweis und die Zertifizierungsnummer. Diese persönlichen Daten werden in der SSI Datenbank „ODiN“ gespeichert. SSI wird alle nötigen Maßnahmen zum Schutz der Daten ergreifen. SSI wird mir per E-Mail einen Usernamen und ein Passwort, sowie weitere Informationen zum Thema Tauchen zusenden und mir ermöglichen auf die SSI Datenbank zuzugreifen um sicherzustellen, dass meine darin enthaltenen persönlichen Daten korrekt, aktuell und vollständig sind. Ich autorisiere SSI, autorisierte SSI Tochtergesellschaften und SSI Niederlassungen zur Überprüfung meiner Zertifizierung auf meine Daten zurückzugreifen.

Ich habe mich über den Inhalt dieses Haftungsausschlusses vollständig informiert, indem ich diesen gelesen habe, bevor ich ihn für mich und auch bindend für meine Erben unterschrieben habe. Ich habe die Tauchsicherheitsregeln gelesen (diese liegen zur freien Einsicht am Tauch Counter aus) und verstanden.

.....
Unterschrift Teilnehmer

.....
Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigter

.....
Datum

Angaben zum Gesundheitszustand des Teilnehmers

Die nachfolgenden Fragen dienen dazu herauszufinden, ob eine ärztliche Untersuchung vor der Teilnahme am Tauchtraining notwendig ist. Eine mit „Ja“ beantwortete Frage muss Sie nicht unbedingt vom Tauchsport ausschließen, sondern gibt Aufschluss über einen Zustand, der Ihre Sicherheit beim Tauchen beeinträchtigen kann. In diesem Fall ist es erforderlich, dass Sie sich zu Ihrer eigenen Sicherheit bei einem Arzt untersuchen und beraten lassen, bevor Sie am Tauchsport teilnehmen können. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen betreffend Ihren momentanen beziehungsweise vergangenen Gesundheitszustand mit „Ja“ oder „Nein“. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit „Ja“.

..... Könnte es sein, dass Sie schwanger sind?

..... Nehmen Sie regelmäßig verordnete oder nicht verordnete Medikamente (mit Ausnahme von Anti-Konzeptiva)?

..... Sind Sie älter als 45 Jahre und erfüllen Sie einen der nachfolgend genannten Punkte:

- Raucher/in von Pfeife, Zigarren oder Zigaretten
- Sie haben einen erhöhten Cholesterin-Spiegel
- Sie haben in der Familie Vorkommnisse von Herzinfällen oder Schlaganfällen

Hatten Sie in der Vergangenheit eine der nachfolgend genannten Krankheiten oder leiden Sie momentan daran?

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Asthma, Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung | Magen-Darm-Probleme |
| Häufige oder ernste Anfälle von Heuschnupfen/Allergien | Einnahme von Betäubungsmitteln |
| Häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis | Chirurgische Eingriffe, Verletzungen bzw. Frakturen an Rücken, Armen oder Beinen |
| Lungenerkrankung | Unfähigkeit, mäßige Körperübungen zu erfüllen (z. B. 1,5 km in 10 Minuten gehen) |
| Pneumothorax (Lungenriss) | Hoher Blutdruck oder nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle des Blutdruckes |
| Chirurgische Eingriffe im Bereich des Brustkorbes | Herzkrankheiten |
| Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen | Herzinfälle (Infarkte) |
| Gesundheitsprobleme bei speziellen Verhaltensweisen/ Stimmungen (Depressionen) | Angina pectoris / chirurgische Eingriffen an Herz- oder Blutgefäßen |
| Epilepsie, Anfälle, Krämpfe oder nehmen Sie Medikamente zu deren Vermeidung | Chirurgische Eingriffe an Ohren oder Nebenhöhlen |
| Wiederholte migräneartige Kopfschmerzen oder nehmen Sie Medikamente zur Vermeidung | Ohrenkrankheiten, Gehörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen |
| Gedächtnisstörungen oder Ohnmacht bzw. Bewusstlosigkeit | Schwierigkeiten beim Druckausgleich bei Fahrten in die Berge bzw. im Flugzeug |
| Häufige Übelkeit durch Fahren mit Boot oder Auto | Blutungen bzw. Blutgerinnungsstörungen |
| Tauchunfall oder Dekompressionskrankheit | Weichteilebrüche (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell) |
| Immer wieder auftretende Rückenbeschwerden | Geschwüre, operativ entfernte Geschwüre |
| Chirurgische Eingriffe im Rückenbereich | Übermäßiger Konsum von Medikamenten oder Alkohol |
| Diabetes | |

Ausflüge		Abreisedatum	
Kabine		Programm	<input type="checkbox"/> Schnuppertauchen <input type="checkbox"/> OWD Kurs <input type="checkbox"/> Zertifizierter Tauchgang
Name		Ausrüstung	<input type="checkbox"/> Komplett eigene Ausrüstung <input type="checkbox"/> Keine komplette eigene Ausrüstung
Lizenz/Level		Lizenznummer	Ausgestellt am
Tauchgänge insg.		Letzter Tauchgang	Geburtsdatum
Attest von Dr.		Ort	Ausgestellt am
Eigene Deko-Versicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Versicherung / Versicherungsnummer: <input type="checkbox"/> Hiermit habe ich das Produktinformationsblatt und die Erstkontaktinformationen zur Kenntnis genommen und akzeptiere die Versicherungsbedingungen der HanseMercur Reiseversicherung AG. <input type="checkbox"/> Das Beratungsprotokoll habe ich gelesen und akzeptiere es.	<input type="checkbox"/> Ich willige ein, dass AIDA Cruises berechtigt ist, meine personenbezogenen Daten, sowie Profildaten und demografische Daten für Zwecke der Zusendung von Informationen und Werbung, der Marktforschung, der Erstellung eines Kundenprofils zu erheben, zu verarbeiten und bis auf Widerruf unbegrenzt zu speichern. Dabei werden stets die gesetzlichen Anforderungen der Datenschutzbestimmungen berücksichtigt. <input type="checkbox"/> Ich gebe meine E-Mail-Adresse zur Registrierung auf www.divessi.com frei. Meine E-Mail-Adresse:		

Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand sowie zu meinen persönlichen Daten korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen erfolgten.

.....
Unterschrift Teilnehmer

.....
Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigter

.....
Datum