

Erklärung der Risiken und der Haftung / Anerkennung der Nicht-Vertretung

Bitte lesen Sie die folgenden Absätze aufmerksam durch und füllen Sie vor Ihrer Unterschrift die Leerstellen aus

Vereinbarung über die Bekanntgabe und Anerkennung der Nicht-Vertretung

Übernahme des Risikos Ich verstehe und erkläre mich damit einverstanden, dass weder die Tauchprofis, die dieses Programm durchführen, noch das Unternehmen, von dem dieses Programm durchgeführt wird, Liamis Dive Center, die Crew oder Besitzer der Schiffe "M / V APOLLON", "M / V CLEO", och PADI EMEA Ltd. oder PADI Americas, Inc. oder ihre Tochterunternehmen oder mit Ihnen verbundene Gesellschaften oder deren Mitarbeiter, leitende Angestellte, Vertreter oder Bevollmächtigte irgendeine Verantwortung für Tod, Verletzung oder andere Schäden übernehmen, die ich erleide und die aus meinem eigenen Verhalten oder anderen Gründen oder Umständen resultieren, die meiner Kontrolle unterliegen und auf mein Mitverschulden zurückzuführen sind. Liegt keine Fahrlässigkeit oder Pflichtverletzung vor, weder seitens der Tauchprofis, die dieses Programm durchführen, noch seitens des Unternehmens, von dem dieses Programm durchgeführt wird, Liamis Dive Center, noch die Crew oder der Besitzer der Schiffe "M / V APOLLON", "M / V CLEO", noch seitens PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc. aller oben genannten Parteien, so erfolgt meine Teilnahme an diesem Tauchprogramm gänzlich auf mein eigenes Risiko. **HIERMIT BESTÄTIGE ICH, DASS ICH DIESE VEREINBARUNG ÜBER DIE BEKANNTGABE UND ANERKENNUNG DER NICHTVERTRETUNG SOWIE DIE ERKLÄRUNG DER RISIKEN UND DER HAFTUNG ERHALTEN UND ALLE KLAUSELN GELESEN HABE, BEVOR ICH MEINE UNTERSCHRIFT GELEISTET HABE.**

Erklärung der Risiken und der Haftung

Mit dieser Erklärung werden Sie über die Risiken des Schnorchels und des Schnorcheltauchens informiert. Die Erklärung legt auch die Umstände fest, unter denen Ihre Teilnahme an dieser Exkursion auf Ihr eigenes Risiko erfolgt. Ihre Unterschrift auf diesem Formular ist als Beleg erforderlich, dass Sie diese Erklärung verstanden und gelesen haben. Es ist wichtig, dass Sie den Inhalt dieser Erklärung durchlesen, bevor Sie Ihre Unterschrift leisten. Wenn du keinen Teil dieser Erklärung verstehst, sprich bitte mit Tauchprofis an Bord. Sind Sie noch nicht volljährig, muss zudem ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter dieses Formular unterschreiben.

Warnung

Das Schnorchel und das Schnorcheltauchen sind mit Risiken verbunden, die zu ernststen Verletzungen oder zum Tod führen können. Das Schnorcheln und Schnorcheln sind körperlich anstrengende Aktivitäten und Sie werden hart an diesem Ausflug arbeiten. Sie müssen die Tauchprofis und das Unternehmen, das die Exkursion zu Ihrer Gesundheit anbietet, wahrheitsgemäß und umfassend informieren. Bootsausflüge können an einem abgelegenen Ort / Gebiet / Ort durchgeführt werden, entweder nach Zeit oder Entfernung oder beide aus dem Krankenhausaufenthalt. Darüber hinaus sollten Sie während der Bootsfahrt von / zu den Orten / Gebieten / Plätzen alle Sicherheitsanweisungen des Kapitäns / der Crewmitglieder befolgen und beim Ein- und Aussteigen sowie an Bord vorsichtig sein, um ein Abrutschen, Fallen oder Ertrinken zu vermeiden.

Name Teilnehmer/in (in Druckschrift)

Unterschrift Teilnehmer/in

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigter (wenn minderjährig)

Datum (Tag/Monat/Jahr)

MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem momentanen bzw. vergangenen Gesundheitszustand mit **JA** oder **NEIN**. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit **JA**.

- Nehmen Sie gegenwärtig verordnete Medikamente? (mit Ausnahme von Anti-Konzeptiva oder Malaria-Prophylaxe) _____
- Haben Sie Ihre Medikamente mit Ihnen im Schiff? _____

Hatten Sie in der Vergangenheit oder leiden Sie momentan an einer der nachfolgenden Krankheiten? in der Vergangenheit oder leiden Sie momentan an einer der nachfolgenden Krankheiten?

- Epilepsie, Anfälle, Krämpfe, oder nehmen Sie Medikamente dagegen? _____
- Ohnmachtsanfälle (gänzlicher oder teilweiser Verlust des Bewusstseins)? _____
- Häufige oder starke Reisekrankheit (Boot, Auto usw.)? _____
- Herzkrankheiten, Herzanfälle (Infarkte), Angina pectoris, chirurgische Eingriffe an Herz oder Blutgefäßen? _____
- Haben Sie Allergien? _____ Welche Allergie haben Sie? _____

Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen erfolgten. *Ich übernehme die Verantwortung für unterlassene Angaben zu meinem vergangenen oder gegenwärtigen Gesundheitszustand.*

Können Sie schwimmen? Ja Nein

Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen.

Vorname/Name _____

Geburtsdatum _____ Alter _____ Geschlecht M F

(Tag/Mt./Jahr)

Strasse _____

Stadt _____ Land _____ PLZ _____

Email: _____

Hotel: _____ Room no: _____

Kontaktinformationen für den Notfall

Name _____ Verwandtschaftsverhältnis _____ Telefon (_____) _____