

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 ☐ Kasten A	Nein ☐
2	Ich bin über 45 Jahre alt.	Ja ☐ Kasten B	Nein ☐
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 ☐ *	Nein ☐
4	Ich habe Probleme mit meinen Augen, Ohren oder Nasengänge/Nasennebenhöhlen gehabt.	Ja ☐ Kasten C	Nein ☐
5	Ich bin in den letzten 12 Monaten operiert worden ODER ich habe anhaltende Probleme im Zusammenhang mit früheren Operationen.	Ja ☐ *	Nein ☐
6	Ich habe das Bewusstsein verloren, hatte Migräne, Krampfanfälle, einen Schlaganfall, eine schwere Kopfverletzung oder leide an einer anhaltenden neurologischen Verletzung oder Erkrankung.	Ja ☐ Kasten D	Nein ☐
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 ☐ Kasten E	Nein ☐
8	Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.	Ja ☐ Kasten F	Nein ☐
9	Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	Ja ☐ Kasten G	Nein ☐
10	Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente ein (mit Ausnahme von Antibabypillen oder Malariamitteln außer Mefloquin (Lariam)).	Ja ☐ *	Nein ☐

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/mm/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

KASTEN A – ICH HABE/HATTE:		
Brustkorboperation, Herzoperation, Herzklappenoperation, ein medizinisches Implantat (z.B. Stent, Schrittmacher, Neurostimulator), Pneumothorax und/oder chronische Lungenerkrankung.	Ja ☐ *	Nein ☐
Asthma, Keuchen, schwere Allergien, Heuschnupfen oder verstopfte Atemwege innerhalb der letzten 12 Monate, die meine körperliche Aktivität/ Training einschränken.	Ja ☐ *	Nein ☐
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 ☐ *	Nein ☐
Wiederholt Bronchitis und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert.	Ja ☐ *	Nein ☐
Symptome innerhalb der letzten 30 Tage, die meine Lungen, Atmung, Herz und/oder Blut betrafen und meine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigt haben.	Ja ☐ *	Nein ☐
KASTEN B – ICH BIN ÜBER 45 JAHRE ALT UND:		
Derzeit rauche oder inhaliere ich Nikotin mit anderen Mitteln.	Ja ☐ *	Nein ☐
Ich habe einen hohen Cholesterinspiegel.	Ja ☐ *	Nein ☐
Ich habe hohen Blutdruck.	Ja ☐ *	Nein ☐
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 ☐ *	Nein ☐
KASTEN C – ICH HABE/HATTE:		
Innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation der Nasennebenhöhlen.	Ja ☐ *	Nein ☐
Ohrkrankheit oder Ohrchirurgie, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen.	Ja ☐ *	Nein ☐
Wiederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐
Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐
KASTEN D – ICH HABE/HATTE:		
Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja ☐ *	Nein ☐
Anhaltende neurologische Verletzung oder Erkrankung.	Ja ☐ *	Nein ☐
Wiederkehrende Migränekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung.	Ja ☐ *	Nein ☐
Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja ☐ *	Nein ☐
Epilepsie, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern.	Ja ☐ *	Nein ☐
KASTEN E – ICH HABE/HATTE:		
Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja ☐ *	Nein ☐
Schwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja ☐ *	Nein ☐
Es wurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung oder besondere Unterbringung erfordert.	Ja ☐ *	Nein ☐
Eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste.	Ja ☐ *	Nein ☐
KASTEN F – ICH HABE/HATTE:		
Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken.	Ja ☐ *	Nein ☐
Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐
Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐
Einen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt.	Ja ☐ *	Nein ☐
Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐
KASTEN G – ICH HABE/HATTE:		
Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung.	Ja ☐ *	Nein ☐
Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte.	Ja ☐ *	Nein ☐
Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐
Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD).	Ja ☐ *	Nein ☐
Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.	Ja ☐ *	Nein ☐
Adipositas Operationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja ☐ *	Nein ☐

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 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



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

TAUCHERLEBNISSE UND -PROGRAMME FÜR BREVETIERTE TAUCHER

(EU Version)

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

Ich verstehe und erkläre mich damit einverstanden, dass PADI Mitglieder („Mitglieder“), einschliesslich Geschäft/Resort und/oder irgendwelche PADI Instructors und Divemasters, die mit dem Programm befasst sind, an dem ich teilnehme, berechtigt sind, die verschiedenen PADI Markenzeichen zu verwenden und PADI Ausbildung durchzuführen, dass diese Mitglieder aber keine Vertreter, Mitarbeiter oder Franchisenehmer sind von PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc. oder deren Muttergesellschaft, Tochterunternehmen oder mit ihnen verbundenen Unternehmen („PADI“). Ich verstehe weiterhin, dass es sich bei den geschäftlichen Aktivitäten der genannten PADI Mitglieder um selbstständige Geschäftstätigkeiten handelt und sich diese weder in PADIs Eigentum befinden, noch von PADI betrieben werden, und dass PADI zwar die Standards für PADI Tauchausbildungsprogramme festsetzt, PADI aber nicht verantwortlich ist für die geschäftlichen Aktivitäten der Mitglieder; und ich verstehe auch, dass PADI nicht das Recht hat, die Geschäftstätigkeiten der Mitglieder, die alltägliche Durchführung von PADI Programmen und die Supervision von Tauchern durch die Mitglieder oder deren Mitarbeiter zu kontrollieren.

Erklärung der Risiken und der Haftung

Mit dieser Erklärung werden Sie, der brevetierte Taucher, über die Risiken des Tauchens ohne Gerät und des Sporttauchens informiert. Die Erklärung beinhaltet weiterhin die Umstände, unter denen Ihre Teilnahme an diesem Taucherlebnis auf Ihr eigenes Risiko stattfindet.

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. Falls Sie irgendeinen Punkt dieser Erklärung nicht verstehen, besprechen Sie diesen bitte mit Ihrem Tauchlehrer. Sind Sie noch nicht volljährig, muss zudem ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter dieses Formular unterschreiben.

Warnung

Tauchen ohne Gerät und Sporttauchen sind mit Risiken verbunden, die zu ernststen Verletzungen oder zum Tod führen können.

Das Tauchen mit Pressluft ist mit bestimmten Risiken verbunden; Dekompressionskrankheit, Embolie oder andere druckbedingte Verletzungen, die eine Behandlung in einer Druckkammer erfordern, können eintreten. Freiwasser-Tauchausflüge, die für dieses Taucherlebnis notwendig sind, können an einem Tauchplatz stattfinden, bei dem eine solche Druckkammer nicht schnell erreicht werden kann oder von dieser weit entfernt liegt oder beides. Tauchen ohne Gerät und Sporttauchen sind körperlich anstrengende Aktivitäten und Sie werden sich bei diesem Taucherlebnis anstrengen. Vergangene oder aktuelle medizinische Umstände können gegen eine Teilnahme an diesem Taucherlebnis sprechen. Sie müssen über gute mentale und körperliche Fitness zum Tauchen verfügen und dürfen nicht unter Einfluss von Alkohol oder anderen Drogen stehen, die kontraindikatativ zum Tauchen sind. Wenn Sie Medikamente einnehmen, vergewissern Sie sich, dass Sie einen Arzt aufsuchen und die Erlaubnis besitzen, um mit den Medikamenten tauchen zu dürfen.

Sie müssen Ihre gesamte Ausrüstung vor diesem Erlebnis überprüfen und die Tauchprofis sowie das Unternehmen, die dieses Erlebnis durchführen, darüber in Kenntnis setzen, wenn ein Ausrüstungsteil nicht richtig funktioniert.

Übernahme des Risikos

Ich verstehe und erkläre mich damit einverstanden, dass weder die Tauchprofis, Tauchlehrer, die dieses Programm durchführen, noch das Unternehmen, von dem dieses Programm durchgeführt wird, Geschäft/Resort, noch 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, Tauchlehrer, die dieses Programm durchführen, noch seitens des Unternehmens, von dem dieses Programm durchgeführt wird, Geschäft/Resort, 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 NICHT-VERTRETUNG SOWIE DIE ERKLÄRUNG DER RISIKEN UND DER HAFTUNG ERHALTEN UND ALLE KLAUSELN GELESEN HABE, BEVOR ICH MEINE UNTERSCHRIFT GELEISTET HABE.

Name Teilnehmer/in (in Druckschrift)

Unterschrift Teilnehmer/in

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigter (wenn minderjährig)

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Tauchunfallversicherung? Ja Nein

Versicherungspolice Nr: _____

GENERELLE AUSBILDUNGEN

(EU Version)

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

Ich verstehe und erkläre mich damit einverstanden, dass PADI Mitglieder („Mitglieder“), einschliesslich Geschäft/Resort und/oder irgendwelche PADI Instructors und Divemasters, die mit dem Programm befasst sind, an dem ich teilnehme, berechtigt sind, die verschiedenen PADI Markenzeichen zu verwenden und PADI Ausbildung durchzuführen, dass diese Mitglieder aber keine Vertreter, Mitarbeiter oder Franchisenehmer sind von PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc. oder deren Muttergesellschaft, Tochterunternehmen oder mit ihnen verbundenen Unternehmen („PADI“). Ich verstehe weiterhin, dass es sich bei den geschäftlichen Aktivitäten der genannten PADI Mitglieder um selbstständige Geschäftstätigkeiten handelt und sich diese weder in PADIs Eigentum befinden, noch von PADI betrieben werden, und dass PADI zwar die Standards für PADI Tauchausbildungsprogramme festsetzt, PADI aber nicht verantwortlich ist für die geschäftlichen Aktivitäten der Mitglieder; und ich verstehe auch, dass PADI nicht das Recht hat, die Geschäftstätigkeiten der Mitglieder, die alltägliche Durchführung von PADI Programmen und die Supervision von Tauchern durch die Mitglieder oder deren Mitarbeiter zu kontrollieren.

Erklärung der Risiken und der Haftung

Mit dieser Erklärung werden Sie über die Risiken des Tauchens ohne Gerät und des Sporttauchens informiert. Die Erklärung beinhaltet weiterhin die Umstände, unter denen Ihre Teilnahme an diesem Tauchprogramm auf Ihr eigenes Risiko stattfindet.

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. Falls Sie irgendeinen Punkt dieser Erklärung nicht verstehen, besprechen Sie diesen bitte mit Ihrem Tauchlehrer. Sind Sie noch nicht volljährig, muss zudem ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter dieses Formular unterschreiben.

Warnung

Tauchen ohne Gerät und Sporttauchen sind mit Risiken verbunden, die zu ernststen Verletzungen oder zum Tod führen können.

Das Tauchen mit Pressluft ist mit bestimmten Risiken verbunden; Dekompressionskrankheit, Embolie oder andere druckbedingte Verletzungen, die eine Behandlung in einer Druckkammer erfordern, können eintreten. Freiwasser-Tauchausflüge, die zum Training und Erhalt des Brevets notwendig sind, können an einem Tauchplatz stattfinden, bei dem eine solche Druckkammer nicht schnell erreicht werden kann oder von dieser weit entfernt liegt oder beides. Tauchen ohne Gerät und Sporttauchen sind körperlich anstrengende Aktivitäten und Sie werden sich bei diesem Tauchprogramm anstrengen. Sie müssen wahrheitsgemäß und umfassend die Tauchprofis sowie das Unternehmen, von dem dieses Programm angeboten wird, über Ihren Gesundheitszustand informieren.

Übernahme des Risikos

Ich verstehe und erkläre mich damit einverstanden, dass weder die Tauchprofis, Tauchlehrer, die dieses Programm durchführen, noch das Unternehmen, von dem dieses Programm durchgeführt wird, Geschäft/Resort, noch 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, Tauchlehrer, die dieses Programm durchführen, noch seitens des Unternehmens, von dem dieses Programm durchgeführt wird, Geschäft/Resort, 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 NICHT-VERTRETUNG SOWIE DIE ERKLÄRUNG DER RISIKEN UND DER HAFTUNG ERHALTEN UND ALLE KLAUSELN GELESEN HABE, BEVOR ICH MEINE UNTERSCHRIFT GELEISTET HABE.

Name Teilnehmer/in (in Druckschrift)

Unterschrift Teilnehmer/in

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigter (wenn minderjährig)

Datum (Tag/Monat/Jahr)