

Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung „Tauchsport“

Angelehnt an Vorgaben der deutschen, schweizer und australischen Gesellschaften für Tauchmedizin (GTÜM, SGUHM, SPUMS)

Teil I - von der zu untersuchenden Person vorab auszufüllen

PERSONALIEN

Name, Vorname: Geb. Datum:

Adresse: Beruf:

Tel./ email: Hausarzt:

Bisheriger Tauchsport

Anfänger: Gerätetauchen seit: ca. Anzahl der Tauchgänge / Jahr:

Fortgeschrittenen Taucher; Ausbildungsstand (ggf. äquivalent)

OWD, CMAS * AOWD, CMAS ** Divemaster, CMAS *** Tauchlehrer Berufstaucher

1. Hatten Sie jemals einen **Tauchunfall** oder Tauchzwischenfall? (z.B. Dekompressionsunfall, Luftembolie, Barotrauma, Trommelfellriss)

nein ja:

.....

2. Gibt es sonstige Besonderheiten bei zurückliegenden Tauchgängen oder eventuell mit dem Arzt zu klärende Fragen? Nein

Schmerzen nach Tauchgängen

Gefühlsstörungen

Kopfschmerzen

Rückenschmerzen

Hautveränderungen

Druckausgleichprobleme

Schwindel

Ohrenscherzen

Angst, Nervosität

Erschöpfungszustände

sonstiges:

Bisherige Krankheiten / gesundheitliche Probleme

Dies ist meine erste Untersuchung bei dieser Untersuchungsstelle

oder

dies ist eine Wiederholungsuntersuchung bei dieser Untersuchungsstelle. Bitte greifen Sie auf Unterlagen der letzten Untersuchung ca. vom zurück (nur möglich, wenn der Untersuchungsbogen der letzten Untersuchung dem Arzt vorliegt)

Haben Sie jemals oder haben Sie zur Zeit folgende Erkrankungen, Krankheiten oder Probleme? Kreuzen Sie bitte das „Ja“ oder „Nein“ - Kästchen an.

		Nein	Ja	Bemerkungen zu diesem Punkt wann?
	Vorhergehende Tauchtauglichkeitsuntersuchung			
Augen	Verordnete Brillengläser, Kontaktlinsen			
	Augen oder Sehproblem, erhöhte Augeninnendruck			
	Operationen am / im Auge			
Hals- - Nasen- Ohren	Taubheit oder Ohrgeräusche im Ohr / den Ohren			
	Ohrausfluß oder andere Ohrerkrankungen			
	Operationen am Ohr, Trommelfell,			
	Gehörgangsentzündungen Mittelohrentzündungen			
	Schwindelgefühl oder Gleichgewichtsstörungen			
	empfindlich für Seekrankheit / Medikamentennahme?			
	Probleme beim Fliegen in Flugzeugen			
	Nasennebenhöhlenentzündung			
Zähne	andere Nasen- oder Rachenprobleme			
	Zahnersatz / Gebisse usw.			
Nerven- system	derzeitige Zahnprobleme, Kiefergelenkprobleme			
	schwere oder häufige Kopfschmerzen / Migräne			
	Bandscheibenvorfall, Nervenschmerzen / Lähmungen			
	Schwächegefühl oder Ohnmachtsanfälle			
	Krämpfe, Anfälle oder Krampfleiden			
	jemals bewusstlos gewesen			
	Gehirnerschütterungen oder Kopfverletzungen			
	stärkere Depressionen			
Platzangst				
	psychische Erkrankungen			

		Nein	Ja	Bemerkungen zu diesem Punkt
Herz-Kreislauf	Herzerkrankungen, -fehler, Herzmuskelentzündung			
	Auffälligkeiten bei Blutuntersuchungen, Thrombosen			
	Auffälligkeiten bei einem EKG (Herzstromkurve)			
	Durchblutungsstörungen, Venenerkrankungen			
	bekannter, zu hohen Blutdruck			
	rheumatisches Fieber			
Lunge	Brustbeklemmung oder Kurzatmigkeit bei Belastung			
	Bronchitis oder Lungenentzündung			
	Rippenfellentzündung, starke Brustschmerzen			
	Husten mit Eiter oder Blut			
	chronischer oder dauerhafter Husten			
	Tuberkulose, andere Lungenerkrankungen, Tumore			
	Pneumothorax (zusammengefallene Lunge)			
	Asthma oder Lungenpfeifen			
	Benutzen Sie ein Inhalationsspray?			
Innere Organe	andere Beschwerden des Brustkorbes			
	Operationen an Brustkorb, Lungen oder Herzen			
	Magenverstimmung, -geschwüre, Sodbrennen			
	Bluterbrechen, Blut im Stuhlgang			
	häufiger Erbrechen oder Durchfall			
	Gelbsucht, Leberentzündung oder Lebererkrankung			
	Malaria oder andere tropische Erkrankungen			
	in den letzten Monaten starken Gewichtsverlust			
	Hernien oder Brüche (z.B. in der Leiste)			
	Nieren- oder Blasenerkrankungen (Zystitis)			
Skelett	größere Gelenk- oder Rückenverletzungen			
	Einschränkungen der Beweglichkeit			
	Frakturen (gebrochene Knochen)			
	Lähmungen oder Muskelschwächen			
sonstiges	andere chronische Erkrankungen			
	Allergien, besondere Empfindlichkeiten			
	Diabetes (Zuckerkrankheit, andere Stoffwechselprobleme (z.B. Schilddrüse)			
	Bluterkrankungen oder Blutungsprobleme			
	Hauterkrankungen			
	ansteckende Erkrankungen			
	bisher durchgeführte Operationen			
	im Krankenhaus aus irgendeinem Grund			
	regelmäßig Medikamenteneinnahme			welche:
	Alkohol- oder Drogeneinnahme			was / wieviel:

<input type="checkbox"/>	Sind Sie derzeit krank geschrieben?			
<input type="checkbox"/>	Haben Sie Behinderungen / sind Sie schwerbehindert ?			
<input type="checkbox"/>	Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?			
<input type="checkbox"/>	Haben Sie andere Erkrankungen oder Verletzungen oder andere, oben nicht genannte, medizinische Besonderheiten?			
Haben irgendwelche Blutsverwandte (gehabt)				
<input type="checkbox"/>	Herzerkrankungen			
<input type="checkbox"/>	Asthma oder Lungenerkrankungen			
<input type="checkbox"/>	Tuberkulose			
Nur für Frauen				
<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger oder planen Sie dieses?			
<input type="checkbox"/>	Bestehen während Ihrer Periode Einschränkungen?			
Röntgen				
<input type="checkbox"/>	Datum des letzten Lungen-Röntgen: ca. durchgeführt bei:			
<input type="checkbox"/>	hierbei festgestellte und ihnen bekannte Befunde:			

Ich habe verstanden, daß die Empfehlungen, die der untersuchende Arzt hier abgeben soll, zum Teil erheblich auf den von mir gegebenen Auskünften zu meiner Krankheitsgeschichte beruhen.

Ich stimme zu, daß ich alle Verantwortung für Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Tauchsport, inklusive solcher Risiken, die durch meine bestehenden Erkrankungen oder Änderungen meines Gesundheitszustandes und / oder durch ein Verschweigen von vorhandenen oder vergangenen Erkrankungen gegenüber dem untersuchenden Arzt bedingt sind, selber übernehme.

Ich bestätige, daß die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich autorisiere den untersuchenden Arzt, medizinische Informationen über mich bei anderen Ärzten anzufordern, wenn dies aus medizinischer Sicht für mich notwendig und in meinem Interesse sein sollte.

Datum: Unterschrift Kandidat: Unterschrift des Arztes:

Teil II KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG - vom Untersucher durchzuführen und auszufüllen

Alter: Jahre Grösse: cm Gewicht: kg BMI: kg/m²

1. **Körperlicher Allgemeinzustand:** (Behinderungen, Mißbildungen, Amputationen)

o.B. Befund:

.....

2. **Haut:** (Dermatosen, allergische Erscheinungen, größere Narben)

o.B. Befund:

.....

3. **Augen:** (Motorik, Sehschärfe, Sehhilfen, Glaukom, Operationen, Verletzungen, Entzündungen)

o.B. Befund:

.....

4. **Nase, NNH:** (Unbehinderte Nasenatmung, Rhinitis / Sinusitis)

o.B. Befund:

.....

5. **Ohren:** (Gehörgänge, Trommelfell, Valsalva-Manöver, Hörvermögen)

o.B. Befund:

.....

6. **Mundhöhle, Tonsillen, Rachenraum, Zähne:** (massiver Karies, Zahnfüllungen, chron. Tonsillitis, Pharyngitis)

o.B. Befund:

.....

7. **Hals:** (Struma, Lymphknotenvergrößerung, Gefäße)

o.B. Befund:

.....

8. **Thorax:** (Thoraxform, -exkursion)

o.B. Befund:

.....

9. **Lunge:** (Perkussion, Auskultation)

o.B. Befund:

.....

10. **Herz / Kreislauf:** (Perkussion, Auskultation)

o.B. Befund:

.....

RR: rechts:/..... mm Hg links:/..... mm Hg Puls:/min

11. **Abdomen:** (Leber, Milz, pathologische Resistenzen, Hernien)

o.B. Befund:

.....

12. **Urogenitaltrakt:** (Nierenlager)

o.B. Befund:

.....

13. **Bewegungsapparat:** (Wirbelsäulenform, Druck- oder Klopfschmerz, Bewegungseinschränkungen, Extremitätengelenke)

o.B. Befund:

.....

14. **Zentrales / peripheres Nervensystem:** (Gesichts- und Schluckmotorik; Extremitätenmotorik, Atrophien, Paresen; Reflexstatus; Koordination der Motorik; Gleichgewicht; Sensibilitätsausfälle)

o.B. Befund:

.....

15. **Psyche:** (Angstreaktionen; Klaustro- oder Agoraphobie; Anzeichen für Paniksyndrom; psychotische Veränderungen; Suchtkrankheit; posttraumatisches Stress-Syndrom; sonstige Verhaltensstörungen)

o.B. Befund:

.....

Teil III - Gerätetechnische Untersuchungen (vom Untersucher oder mitgebrachte Befunde)

1. **Thorax-Röntgen:** (bei Erstuntersuchung empfohlen; ansonsten nur indiziert, wenn ein entsprechender klinischer Befund vorliegt)
 o.B. siehe Anlage Befund (Eigen-/Fremd):

.....

2. **Lungenfunktion:**

	Soll-Wert [l]	Ist-Wert [l]	% der Norm
Ruhe-Vitalkapazität (VC)			
Forcierte Vitalkapazität (FVC)			
Absolute Sekundenkapazität (FEV ₁)			
Quotient FEV ₁ / VC			

o.B. siehe Anlage Befund (Eigen-/Fremd):

.....

3. **Ruhe-EKG:**

o.B. siehe Anlage Befund (Eigen-/Fremd):

.....

4. **Ergometrie mit Ausbelastung:**

o.B. siehe Anlage Befund (Eigen-/Fremd):

Belastungsart: Fahrradergometer (sitzend / liegend)

Belastungs-EKG: (Rhythmusstörungen, Ischämiezeichen)

o.B. Befund:

.....

Leistungsbewertung: (pwc 170, Abbruchkriterien, Leistungsfähigkeit, Ausdauer, Blutdruckverhalten)

.....

5. **Labor:** (falls erforderlich)

o.B. siehe Anlage Befund (Eigen-/Fremd): weitere Untersuchungen notwendig:

.....

Blutbild:		Sonstiges:		Harnstreifentest:	
Hb:	g/dl	BSG:	mm/h	Glukose:	neg / pos
Erys:	mio/ μ l	BZ nü:	mg/dl	Proteine:	neg / pos
Leukos:	/ μ L			Erys:	neg / pos

Abschlußbewertung des Untersuchers

Risikofaktoren:

keine Art:

Gesamtbeurteilung:

tauchtauglich ohne Einschränkungen mit Einschränkungen:

.....

nicht tauchtauglich

Begründung:

Nachuntersuchung:

nicht erforderlich (dauerhaft nicht tauchtauglich) in 3 Jahren in 1 Jahr in Monat(en)

Datum: Unterschrift /Stempel des Arztes

Besondere Besprechungspunkte mit dem Kandidaten:

siehe auch Anlage

Zwischen mir und sind folgende Besonderheiten der Untersuchung bzw. deren Auswirkung auf den Tauchsport besprochen worden bzw. nachfolgende Empfehlungen abgegeben worden:

.....

Datum: Unterschrift des Kandidaten

Tauchmedizinische Untersuchung / Diving Medical Certificate

Sportmedizinische Bescheinigung „Sporttauchen“ für / sports-medical certificate „scuba diving“ for:

Name: _____

Die oben genannte Person ist von mir gemäß international üblichen Methoden auf ihre Eignung zur Teilnahme am Tauchsport untersucht worden. Es haben sich keine Hinweise für Einschränkungen ergeben, die einen absoluten Ausschluß vom Tauchsport nahelegen.

The above mentioned person has been examined following the international accepted guidelines for „fitness-to-dive“. No medical condition was found which presents an absolute restriction to scuba diving.

Es wurden keine Einschränkungen gemacht. / No limitations where made.

Es gelten folgende Einschränkungen: / The following limitations where made:

Diese Bescheinigung ist gültig bis / nächster Untersuchungstermin (Monat / Jahr)

This certificate is valid till / next examination date (month / year)

_____ / _____

Arzt (Unterschrift, Stempel)
Physician (Signature / stamp)

Datum / Ort
Date / Place

Tauchmedizinische Untersuchung / Diving Medical Certificate

Sportmedizinische Bescheinigung „Sporttauchen“ für / sports-medical certificate „scuba diving“ for:

Name: _____

Die oben genannte Person ist von mir gemäß international üblichen Methoden auf ihre Eignung zur Teilnahme am Tauchsport untersucht worden. Es haben sich keine Hinweise für Einschränkungen ergeben, die einen absoluten Ausschluß vom Tauchsport nahelegen.

The above mentioned person has been examined following the international accepted guidelines for „fitness-to-dive“. No medical condition was found which presents an absolute restriction to scuba diving.

Es wurden keine Einschränkungen gemacht. / No limitations where made.

Es gelten folgende Einschränkungen: / The following limitations where made:

Diese Bescheinigung ist gültig bis / nächster Untersuchungstermin (Monat / Jahr)

This certificate is valid till / next examination date (month / year)

_____ / _____

Arzt (Unterschrift, Stempel)
Physician (Signature / stamp)

Datum / Ort
Date / Place