



Arztstempel

Teil A

PERSONALIEN

Name, Vorname: Geb. Datum:
Adresse: Beruf:
Tel./Fax: Hausarzt:

SPORTLICHE BETÄTIGUNG

Gerätetauchen seit: Anzahl der Tauchgänge:

Tauchverfahren:

- offene Systeme, Wracktauchen, Kreislaufgeräte, Einsatz- bzw. Rettungstauchen, Mischgastauchen, Tauchlehrer bzw. -ausbilder, Höhlentauchen

Sonstige Sportarten:
fallweise, regelmäßig, ... mal wöchentlich

KRANKHEITSVORGESCHICHTE

- GESAMTE Vorgeschichte oder ERGÄNZUNGEN seit der letzten Untersuchung vom: (nur möglich, wenn der Untersuchungsbogen der letzten Untersuchung dem Arzt vorliegt)

- 1. Hatten Sie jemals einen Tauchunfall oder Tauchzwischenfall? (Dekompressionsunfall, Luftembolie, Barotrauma, Trommelfellriss, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen)
2.
3. Hatten Sie Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlungen, Operationen, schwerere Verletzungen oder Unfälle?

Hatten/haben Sie Beschwerden oder Erkrankungen folgender Organe oder Körperfunktionen?

4. Kopf, Gehirn, Nervensystem:

(Schädel-Hirnverletzung incl. Gehirnerschütterung, häufiger Kopfschmerz, Migräne, Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen, Seekrankheit, Anfall mit Bewusstlosigkeit, epileptische Anfälle, Lumbago, sonstige neurologischen Erkrankungen)

nein ja:
.....

4. Psyche:

(Neigung zu Angstreaktion, Beklemmung in engen Räumen oder auf freien Plätzen, Panikattacke, Depressionen oder depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen)

nein ja:
.....

5. Augen:

(Herabsetzung des Sehvermögens, Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger: Stärke des Sehbehelfs, erhöhter Augeninnendruck)

nein ja:
.....

6. Nase, Nasennebenhöhlen:

(häufige Katarrhe, allergischer Schnupfen, Nasenbluten nach dem Tauchen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen)

nein ja:
.....

7. Ohren:

(Gehörgangsentzündung, Mittelohrentzündung, Trommelfellriss, Hörstörung, Ohrgeräusche, Schwindel)

nein ja:
.....

8. Atmungsorgane:

(Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Tuberkulose, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Atemnot und/oder Husten bei leichter Anstrengung oder durch kalte Luft, Pneumothorax)

nein ja:
.....

9. Herz-Kreislaufsystem:

(Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl/Schmerzen im Brustkorb, Herzrhythmusstörungen, erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Venenentzündungen, Thrombosen, Embolien)

nein ja:
.....

10. Verdauungsorgane:

(Aufstossen, Sodbrennen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Gallensteine, Leistenbrüche)

nein ja:
.....

11. Niere, Harnwege, Geschlechtsorgane:

(Nieren-, Nierenbecken- bzw. Blasenentzündungen, Nierensteine)

nein ja:
.....

12. Haut, Muskulatur:

(Ausschläge, Entzündungen, angeborene oder erworbene Muskelschwäche)

nein ja:
.....

13. Knochen, Gelenke:

(Brüche, Verrenkungen (Luxationen), Rheumatismus, Bandscheibenschäden, Bewegungseinschränkungen)

nein ja:

14. Stoffwechsel:

(Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, der Nebenniere, Tetanie, Zuckerkrankheit)

nein ja:

15. Leiden Sie an Allergien?

nein ja:

16. Hatten Sie in den letzten Monaten fieberhafte Erkrankungen?

nein ja:

17. Hatten/haben Sie sonstige Krankheiten, Ausfälle oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde?

nein ja:

18. Trinken Sie alkoholische Getränke?

nein fallweise regelmäßig Art, Menge:

19. Rauchen Sie?

nein fallweise regelmäßig Art, Menge:

20. Nehmen Sie Medikamente ein?

nein fallweise regelmäßig Art, Menge:

21. Bei Frauen: Sind Sie schwanger?

nein ja, in der Woche

22. Wurde innerhalb der letzten Jahre eine Röntgenuntersuchung der Lunge durchgeführt?

nein ja, vor Monat(en)/Jahr(en) Begründung:

23. Wurde innerhalb der letzten Jahre ein Ruhe- oder Belastungs-EKG durchgeführt?

nein ja, vor Monat(en)/Jahr(en) Begründung:

24. Ergänzungen:

Ich erkläre, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß, nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Datum: Unterschrift des Probanden:

Unterschrift/Stempel des Arztes:

Teil B

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

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

1. Allgemeinzustand:

(Ernährungszustand, Ödeme, Missbildungen, Amputationen)

o.B. Befund:

2. Haut:

(Dermatosen, allergische Erscheinungen)

o.B. Befund:

3. Augen:

(Opto- / Pupillomotorik, Sehschärfe li / re, bei Brillen- / Kontaktlinsenträgern: Dioptrienangabe, eine augenärztliche Kontrolle ist indiziert wenn: a) binokulare Sehleistung < 0,7, b) Alter > 50 J., c) Alter > 40 J. und Hyperopie, d) Glaukom bekannt oder vermutet, e) Z. n. Augen-Op., f) bei Myopie, g) bei Augenentzündungen und anderen Augenkrankheiten)

o.B. Befund:

4. Nase, NNH:

(Unbehinderte Nasenatmung, Anhalt für purulente oder allergische Rhinitis / Sinusitis)

o.B. Befund:

5. Ohren:

(Gehörgänge, Trommelfell: Perforation, atrophische Narbe – Belastbarkeit bei Valsalva-Manöver, Tubendurchgängigkeit, Hörvermögen li / re)

o.B. Befund:

6. Mundhöhle, Tonsillen, Rachenraum:

(Barotrauma bei massiver Karies und schlechten Zahnfüllungen, chron. Tonsillitis, Pharyngitis)

o.B. Befund:

7. Hals:

(Struma, Lymphknotenvergrösserung, Geräusche über der A. carotis – Stenose)

o.B. Befund:

8. Thorax:

(Thoraxform, symmetrische Atemexkursion, inspiratorisch-expiratorische Umfangdifferenz in Mamillenhöhe \geq 5 cm)

o.B. Befund:

9. Lunge:

(Perkussion, Auskultation)

o.B. Befund:

10. Herz / Kreislauf:

(Perkussion, Auskultation, patholog. Herzgeräusche bedürfen kardiologischer Abklärung)

o.B. Befund:

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

11. Abdomen:

(Leber- oder Milzvergrößerung, pathologische Resistenzen, Hernien)

o.B. Befund:
.....

12. Urogenitaltrakt:

(Nierenlager-Klopfschmerz)

o.B. Befund:
.....

13. Bewegungsapparat:

(Kyphose, Skoliose; Druck- oder Klopfschmerz bzw. Blockierung der HWS, BWS, LWS; Bewegungseinschränkungen der Extremitätengelenke; Beschwerden bei Belastung)

o.B. Befund:
.....

14. Zentrales / peripheres Nervensystem:

(Gesichts- und Schluckmotorik; Extremitätenmotorik: Atrophien, Paresen; Reflexstatus; Koordination der Motorik; Fingertremor; Romberg; Sensibilität: halbseitiger, radikulärer, peripherer Ausfall; frontale Zeichen; neurologische Ausfälle bedürfen fachärztlicher Abklärung)

o.B. Befund:
.....

15. Psyche:

(Angstreaktionen; Klaustro- oder Agoraphobie; Paniksyndrom; psychot. Zeichen; Suchtkrankheit incl. Alkohol; paranoide Reaktionen; Halluzinationen; Stimmungslage: gehoben / depressiv; Antriebsminderung; verlangsamte Reaktion; posttraumat. Stress-Syndrom; sonstige Verhaltensstörungen)

o.B. Befund:
.....

SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN

16. Thorax-Röntgen:

(bei Erstuntersuchung empfohlen; ansonsten nur indiziert, wenn ein entsprechender klinischer Befund vorliegt)

o.B. Befund:
.....
.....

17. Lungenfunktion:

(obligat; obstruktive / restriktive Ventilationsstörung; ggf. Bodyplethysmographie; Provokationstests nur durch den Lungenfacharzt)

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

o.B. Befund:
.....
.....

18. Ruhe-EKG:

(obligat; Rhythmus, Frequenz, Lagetyp, Blockbilder, Rhythmusstörungen, Präexcitationssyndrom)

o.B. Befund:
.....

19. Ergometrie mit Ausbelastung:

(fakultativ; ab 40. Lebensjahr und ≥ 2 Risikofaktoren obligat)

Belastungsart:

- Fahrradergometer (sitzend / liegend)
 Laufband

Belastungs-EKG:

(Rhythmusstörungen, Ischämiezeichen)

o.B. Befund:

Leistungsbewertung:

(Abbruchkriterien, Leistungsfähigkeit, Pulserholung nach Belastungsende, Blutdruckverhalten, Trainingsempfehlung)

.....
.....
.....

20. Labor:

(fakultativ)

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

o.B. weitere Untersuchungen:

ZUSAMMENFASSUNG

Risikofaktoren:

keine Art:

Gesamtbeurteilung:

tauchtauglich ohne Einschränkungen
 mit Einschränkungen:

nicht tauchtauglich Begründung:

Nachuntersuchung:

nicht erforderlich in 2 Jahren in 1 Jahr in Monat(en)

Datum:

Unterschrift /Stempel des Arztes: