



# Tauchtauglichkeits-Untersuchung

## TEILNEHMER-ANGABEN (vertraulich)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### A. MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE - BITTE ZUTREFFENDE PUNKTE ANKREUZEN

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Frühere Taucherfahrung           | <input type="checkbox"/> 13. Epilepsie                                   | <input type="checkbox"/> 24. Chronischer Husten             |
| <input type="checkbox"/> 2. Weitere sportliche Aktivitäten   | <input type="checkbox"/> 14. Herz-Probleme                               | <input type="checkbox"/> 25. Bluthochdruck                  |
| <input type="checkbox"/> 3. EKG gemacht                      | <input type="checkbox"/> 15. Chronische Erkältung                        | <input type="checkbox"/> 26. Raucher                        |
| <input type="checkbox"/> 4. Probleme beim Druckausgleich     | <input type="checkbox"/> 16. Häufige Kopfschmerzen                       | <input type="checkbox"/> 27. Alkohol-/Drogenprobleme        |
| <input type="checkbox"/> 5. Schwindel oder Ohnmacht          | <input type="checkbox"/> 17. Ärztliches Verbot<br>bestimmter Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> 28. Bewegungs-Störungen            |
| <input type="checkbox"/> 6. Psychische Probleme              | <input type="checkbox"/> 18. Ohren-Probleme                              | <input type="checkbox"/> 29. Klaustrophobie                 |
| <input type="checkbox"/> 7. Kürzliche Operation o. Krankheit | <input type="checkbox"/> 19. Heuschnupfen                                | <input type="checkbox"/> 30. Nervenzusammenbruch            |
| <input type="checkbox"/> 8. Krankenhaus-Aufenthalte          | <input type="checkbox"/> 20. Asthma                                      | <input type="checkbox"/> 31. Diabetes                       |
| <input type="checkbox"/> 9. Ernsthafte Verletzungen          | <input type="checkbox"/> 21. Nebenhöhlen-Probleme                        | <input type="checkbox"/> 32. Brille oder Kontaktlinsen      |
| <input type="checkbox"/> 10. Körperbehinderung               | <input type="checkbox"/> 22. Tuberkulose                                 | <input type="checkbox"/> 33. Hör-Schwierigkeiten            |
| <input type="checkbox"/> 11. Regelm. Medikamenteneinnahme    | <input type="checkbox"/> 23. Atem-Probleme                               | <input type="checkbox"/> 34. Schmerzen in der Brust         |
| <input type="checkbox"/> 12. Allergien, auch Medikamente     |  | <input type="checkbox"/> 35. Sonstige medizinische Probleme |

B. Ernsthafte Erkrankungen und Krankenhaus-Aufenthalte: \_\_\_\_\_

C. Ich nehme z.Zt. folgende Medikamente: \_\_\_\_\_

D. Letzte ärztliche Untersuchung: \_\_\_\_\_ Lunge letztmals geröntgt am: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## AN DEN ARZT

Dieser Patient ist ein Kandidat für das Tauchen mit kompletter Tauchausrüstung. Dies ist verbunden mit ständigen Veränderungen des Umgebungsdrucks sowie physischen und psychischen Belastungssituationen.  
Ärztlicher Befund: Bitte kontrollieren Sie die unten aufgeführten Punkte und vermerken Sie Auffälligkeiten sowie deren Bedeutung in der Rubrik "Bemerkungen".

### A. MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

### B. ÄRZTLICHE STANDARD-UNTERSUCHUNG

- C. BESONDERS BEACHTEN:
- Ohren/Nebenhöhlen
  - Atemsystem/Lunge
  - Herz-Kreislaufsystem
  - Körperliche Fitneß
  - Emotionale und psychische Stabilität

### BEMERKUNGEN:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TAUGLICH     NICHT TAUGLICH FÜR DAS TAUCHEN MIT PRESSLUFTGERÄT

Datum \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_